This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE
MEDICAL LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND

CHIRURGIE

DU

RECTUM

CHIRURGIE

DU

RECTUM

PAR

E. QUÉNU ET **H. HARTMANN**

Agrégé de la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Cochin

Chirurgien des hôpitaux

Anatomie — Exploration — Rectites
Blennorrhagie — Syphilis — Tuberculose — Abcès — Fistules
Rétrécissements — Hémorrhoïdes — Ulcérations

LANE MEDICAL LIBRARY
15895
SAN FRANCISCO

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

LANE LIBRARY

M544
Q3
1895

A M. LE PROFESSEUR TERRIER

INTRODUCTION

La situation du rectum à l'extrémité du tube digestif, les modifications que subit sa structure au point où il se continue avec le tégument externe, les particularités de sa physiologie, tout lui crée des conditions pathologiques spéciales qui expliquent et justifient amplement la publication de monographies sur les maladies ano-rectales.

D'autre part, les moindres notions de pathologie générale devaient nous faire prévoir que, parmi ces maladies, les processus infectieux tiennent la plus grande place. Continuellement traversée par les déchets de la digestion et les parasites de toutes sortes qu'ils entraînent, l'extrême portion du tube intestinal est encore disposée, par son ouverture au dehors, à toutes les causes de contagion d'ordre extérieur ; il nous a donc paru logique de placer en tête de ce livre, immédiatement après un chapitre d'anatomie et l'exposé des règles qui ont trait à l'exploration du rectum et de l'anus, l'histoire des infections du conduit ano-rectal.

Dans le cadre des processus infectieux prennent place les lésions dites inflammatoires, la blennorrhagie, la tuberculose et la syphilis. Les ulcérations du rectum, les fistules et les rétrécissements ne sont que les conséquences des altérations précédentes. Peut-être faut-il aussi leur rattacher le processus

hémorrhoïdaire. Tels sont les sujets étudiés dans la première partie de notre travail.

La seconde comprendra les néoplasmes, les vices de conformation, les traumatismes, les corps étrangers, et pour terminer, cette résultante possible d'une série d'altérations très diverses, le prolapsus du rectum.

Est-ce la peine de nous justifier de l'extension donnée par nous au prologue anatomique ? Nos figures et notre exposé résultent de patientes et longues recherches, pratiquées et vérifiées sur des centaines de sujets ; elles aideront, nous en avons l'espoir, à la facile compréhension de nos descriptions nosologiques, comme elles nous ont aidés à concevoir plus clairement maint et maint points de la pathologie rectale.

Pour cette dernière étude, nous avons naturellement profité des écrits de nos devanciers, remontant aux sources et nous efforçant de donner une bibliographie exacte ; mais notre préoccupation principale a été de faire œuvre originale en accumulant, depuis plusieurs années, les documents cliniques que nous ont fournis deux grands services hospitaliers, et en les complétant par des recherches de laboratoire.

Peut-être aurons-nous réussi de la sorte à rectifier quelques erreurs et à introduire quelques idées nouvelles ; tel est du moins le but que nous nous sommes efforcés d'atteindre.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

§ I. — Situation et rapports

Définition. — Le rectum forme la portion terminale du gros intestin. Jusqu'à ces dernières années les anatomistes donnaient au rectum une limite toute conventionnelle et décrivaient sous ce nom la portion du gros intestin contenue dans l'excavation pelvienne. Ainsi compris, le rectum se limitait supérieurement au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, point où il se continuait avec la portion de côlon contenue dans la fosse iliaque, portion dénommée, à cause de la sinuosité qu'elle décrit, S iliaque. Huguier, examinant des cadavres d'enfants nouveau-nés, constatait d'autre part que le gros intestin pénétrait dans l'excavation non plus au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, mais au niveau de la droite. Le rectum commençait donc à droite chez le nouveau-né, à gauche chez l'adulte. En réalité, le rectum était toujours dans la même situation ; ce qui changeait, c'étaient ses limites, la portion du gros intestin contenue dans l'excavation étant plus ou moins étendue, suivant que cette excavation était elle-même plus ou moins développée. Entre le côlon iliaque et la portion du gros intestin directement en rapport avec le sacrum se trouve, en effet, une anse en forme d'oméga dont la première portion constitue l'S iliaque, la deuxième, la première portion du rectum de nos auteurs, anse pourvue d'un méso, mobile par conséquent. Que l'excavation soit grande comme chez l'adulte, une bonne partie de l'anse va y tomber, et si l'on décrit comme rectum la portion de gros intestin contenue dans l'excavation, on va lui rattacher toute cette partie de l'anse oméga. Que l'excavation soit peu développée, comme

chez le nouveau-né, cette anse de pelvienne va devenir abdominale et le rectum se trouvera raccourci d'autant. On comprend que dès lors il commencera dans le premier cas à gauche, dans le deuxième à droite. Que l'excavation soit remplie par une tumeur, ou plus simplement encore par l'utérus gravide, l'excavation devenue trop petite ne pourra plus contenir que la partie toute terminale de l'intestin, et chez la femme enceinte, comme chez le nouveau-né, le gros intestin pénétrera dans l'excavation à droite (1). La limitation du rectum, arbitrairement fixée par nos classiques, doit donc être abandonnée. Aussi, avec Treves, rattacherons-nous la première portion du rectum des classiques à l'anse oméga, et décrirons-nous sous le nom de rectum la portion de gros intestin qui commence au niveau de la troisième vertèbre sacrée, là où cesse le mésentère colique, et qui se termine à l'orifice anal.

Direction. — Appliquée contre la colonne sacro-coccygienne, la portion terminale du côlon se dirige, comme celle-ci, de haut en bas et d'arrière en avant ; elle continue cette direction bien au delà de la pointe coccygienne (2) jusqu'au niveau du bord supérieur du sphincter externe, à l'insertion rectale du releveur de l'anus, puis brusquement elle se coude pour se porter d'avant en arrière et de haut en bas jusqu'à sa terminaison. Dans ce trajet, le rectum n'est pas situé dans un plan médian ; dès son origine, il déborde légèrement à droite la ligne médiane, puis la rejoint pour y demeurer sensiblement d'une façon définitive.

Moyens de fixité. — D'après l'interprétation que nous avons adoptée, le rectum est la portion du gros intestin qui traverse les différents plans fermant en bas la cavité abdominale, il est compris dans l'épaisseur du plancher pelvien entre la peau et le péritoine qu'il soulève et dont il se revêt incomplètement à son origine. Il est maintenu dans sa situation par le péritoine qui l'applique contre les faces postérieure et infé-

(1) La même disposition se rencontre dans les cas où, par suite de causes mal connues, l'anse oméga prend des proportions exagérées. Ne trouvant plus sa place dans le bassin, elle remonte dans l'abdomen, et le gros intestin pénètre à droite dans l'excavation.

(2) Quelques anatomistes, dont Cruveilhier, placent à tort l'inflexion du rectum à la pointe du coccyx.

rieure de la cavité pelvienne, par une aponévrose qui le rattache de chaque côté aux parties latérales du sacrum et du coccyx (1), par l'aponévrose supérieure du releveur de l'anus et par ce muscle lui-même qui prend sur lui des insertions ; tout en bas par quelques adhérences de sa face antérieure à une partie (2) de l'aponévrose prostato-péritonéale et au raphé intermédiaire, au sphincter externe et aux muscles du périnée (3), enfin par l'ensemble des vaisseaux et nerfs qui le rattachent aux parois pelviennes.

Au niveau de sa partie terminale, le rectum se trouve maintenu par des faisceaux de fibres lisses qui, parties du coccyx, entourent le rectum, en forme de fourche ouverte en avant, l'attirant en arrière (muscle recto-coccygien, muscle rétracteur du rectum de Treitz) (4).

Division. — Le rectum est nettement divisible en deux portions distinctes, l'une supérieure ou rectale proprement dite, l'autre anale ; le bord inférieur du releveur de l'anus établit d'une manière précise cette division, qui cadre bien avec la distribution vasculaire et les faits du domaine pathologique. Le rectum proprement dit est lui-même séparable en deux parties, l'une, que nous appellerons *péritonéale*, est plus ou moins recouverte par la séreuse, elle s'étend de la troisième sacrée au cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, recto-vaginal chez la femme ; l'autre, *infra-péritonéale*, s'étend de ce cul-de-sac au bord inférieur du releveur.

Rapports. — 1° Portion péritonéale. — La portion péritonéale n'est tapissée de séreuse qu'à sa face antérieure et un peu à son origine

(1) Cette aponévrose est bien décrite par Jarjavay sous le nom d'aponévrose postérieure du ligament large. Son étude a été complétée et précisée par Delbet, qui l'appelle *sacro-recto-génitale*. (Delbet. *Traité des suppurations pelviennes*, Paris, 1891, p. 11.) Elle s'insère en arrière sur le sacrum en dedans des trous sacrés antérieurs, et au niveau du coccyx sur ses bords latéraux ; elle s'insère en avant sur le rectum, sur l'utérus (ligament utéro-sacré) et sur le vagin. Elle existe chez l'homme avec une disposition analogue.

(2) La partie inférieure.

(3) Transverse et bulbo-caverneux chez l'homme, transverse et constricteur de la vulve chez la femme. Le diaphragme musculaire formé par les releveurs et l'ischio-coccygien contribue aussi à assurer sa fixité.

(4) Treitz. Ueber einen neuen Muskel am Duodenum des Menschen, über elastische Sehnen und einige andere anatomische Verhältnisse. *Vierteljahr. f. praktische Heilkunde*, X^e jahrgang, Bd II, p. 113.

sur ses faces latérales. Son étendue varie avec l'état de réplétion de la vessie et du rectum qui remonte ou abaisse le cul-de-sac péritonéal. Quand la vessie est vide et le rectum moyennement distendu, la portion péritonéale forme le fond de la cavité pelvienne, elle trace une empreinte sur le plâtre qu'on coule dans le petit bassin, de telle sorte que toute

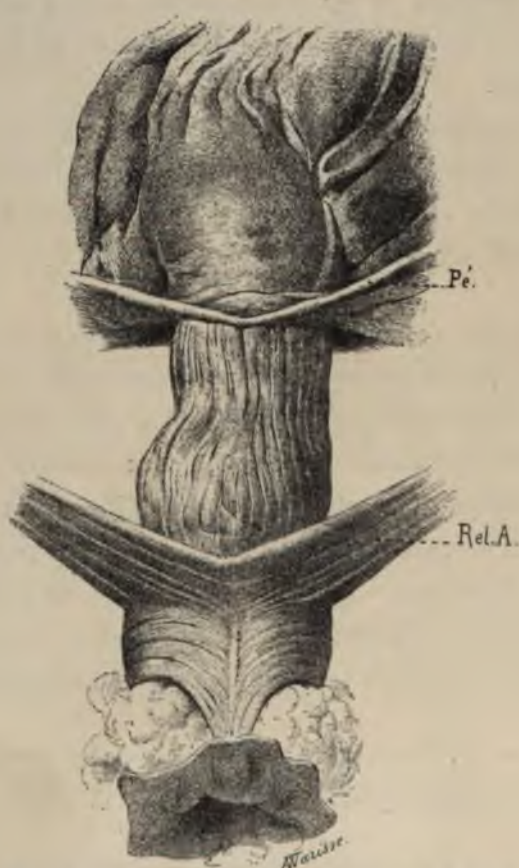


FIG. 1. — Division du rectum en 3 portions : 1° péritonéale ; 2° infra-péritonéale au-dessus du releveur ; et 3° infra-péritonéale au-dessous du releveur. *Pé.*, péritoine ; *Rel. A.*, releveur de l'anus.

collection intrapéritonéale, toute tumeur libre d'obéir à la pesanteur, vient s'appliquer contre elle, au même titre que les anses d'intestin grêle qui la séparent de la vessie chez l'homme, de l'utérus chez la femme.

Par sa face postérieure, elle s'applique contre la colonne sacro-coccygienne dont la sépare latéralement l'origine des muscles pyramidaux

recouverts d'une toile aponévrotique. En avant de ces muscles émergen les branches du plexus sacré qui sortent des trous sacrés. Sa limite inférieure n'a pas de relations invariables avec telle ou telle pièce du coccyx; en d'autres termes, la situation du cul-de-sac recto-vésical par rapport au coccyx n'est pas constante.

Pour nous en assurer, nous avons recherché, sur une série de coupes

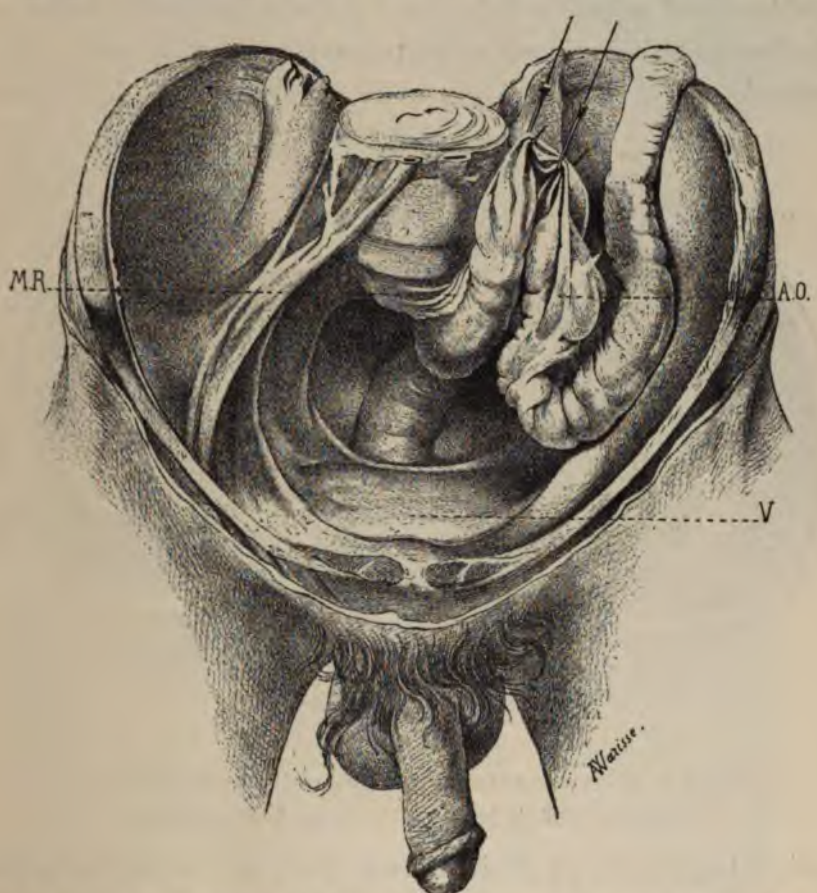


FIG. 2. — Rectum vu d'en haut après relèvement de l'anse oméga, que l'on a attirée à gauche. *V.*, vessie ; *M. R.*, mésorectum ; *A. O.*, anse oméga.

antéro-postérieures de bassins congelés, quelle est la distance respective du coccyx et du cul-de-sac péritonéal par rapport au plan horizontal passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne (1).

(1) L'axe de la symphyse étant supposé incliné à 45° sur l'horizon.

Constamment, la pointe coccygienne demeure au-dessous du cul-de-sac péritonéal, la distance variant de 8 à 12 millim. avec un rectum et une vessie vides, s'élevant à 6 et 7 centim. avec la réplétion de ces deux organes. On peut en conclure qu'un instrument enfoncé parallèlement au plan horizontal, au niveau de la pointe coccygienne, passe toujours au-dessous du cul-de-sac péritonéal et à une distance variable suivant les sujets, variable surtout suivant la distension des réservoirs, fécal et urinaire.

La face postérieure du rectum ne repose pas seulement sur la colonne vertébrale, elle la déborde à gauche et à droite à sa partie inférieure.

FIG. 3. — Rapports du rectum avec la paroi postérieure du petit bassin.
R, rectum; *L. S. Sc.* (en pointillé), ligament sacro-sciatique.

Voici, le long du coccyx et du sacrum, quels sont les différents plans qu'on devrait traverser pour arriver jusqu'à l'intestin.

Après avoir incisé les insertions du grand fessier, on tombe sur le grand ligament sacro-sciatique (1), puis sur le muscle ischio-coccygien et, en avant de lui, sur une toile cellulo-fibreuse à la face profonde de laquelle rampent quelques vaisseaux.

(1) A son insertion sacro-coccygienne, ce ligament forme une lame continue qui cache d'autant mieux le bord du sacrum qu'elle se confond avec le feuillet profond de l'aponévrose du grand fessier.

Les bords de la portion péritonéale sont côtoyés par les branches ter-

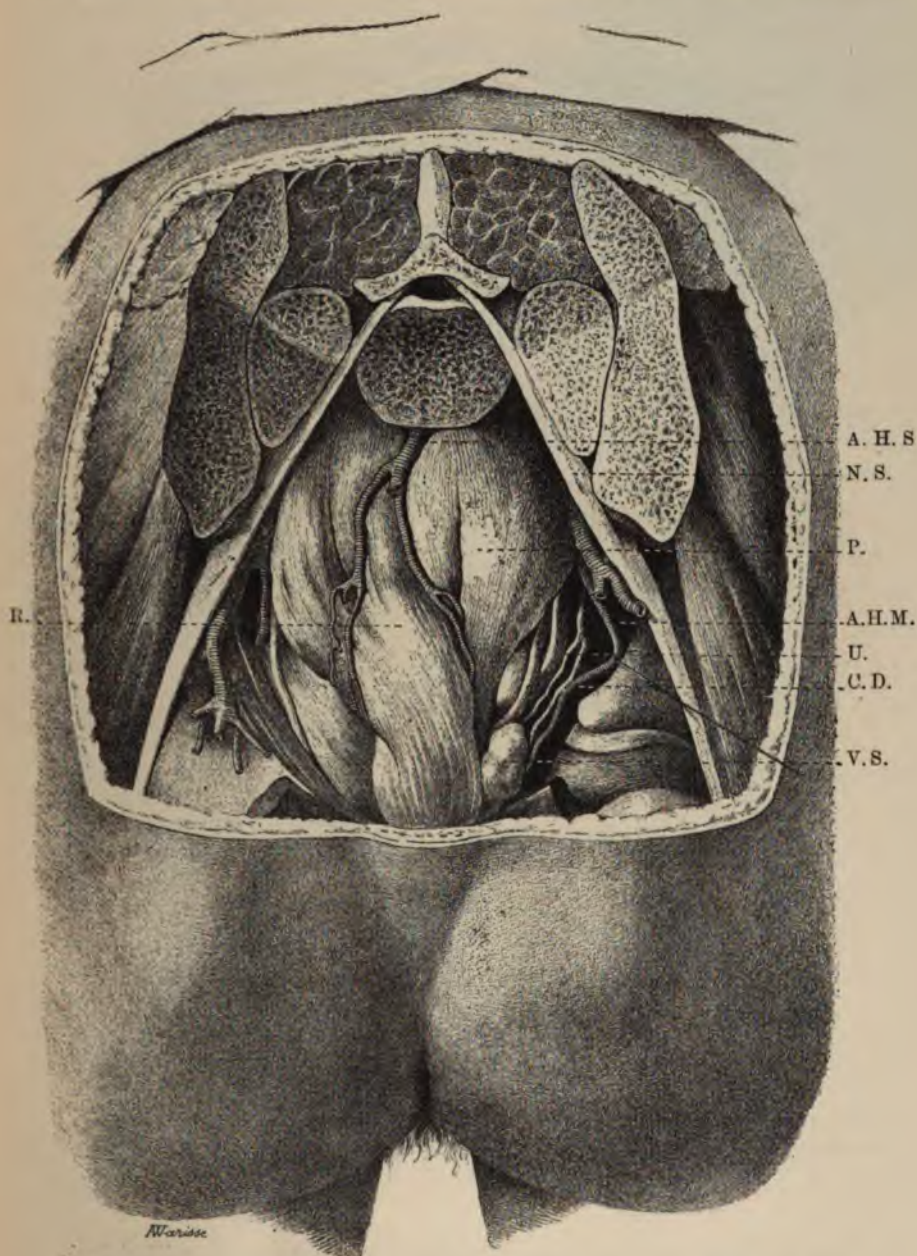


FIG. 4. — Rapports du rectum en arrière chez l'homme. Le sacrum a été réséqué.

R, rectum ; *A.H.S.*, artère hémorrhoïdale supérieure ; *N.S.*, nerf sciatique ; *P.*, péritoine ; *A.H.M.*, artère hémorrhoïdale moyenne ; *C.D.*, canal déférent ; *U.*, uretère ; *V.S.*, vésicule séminale.

minales de la mésentérique inférieure, et à *distance*, sur un plan

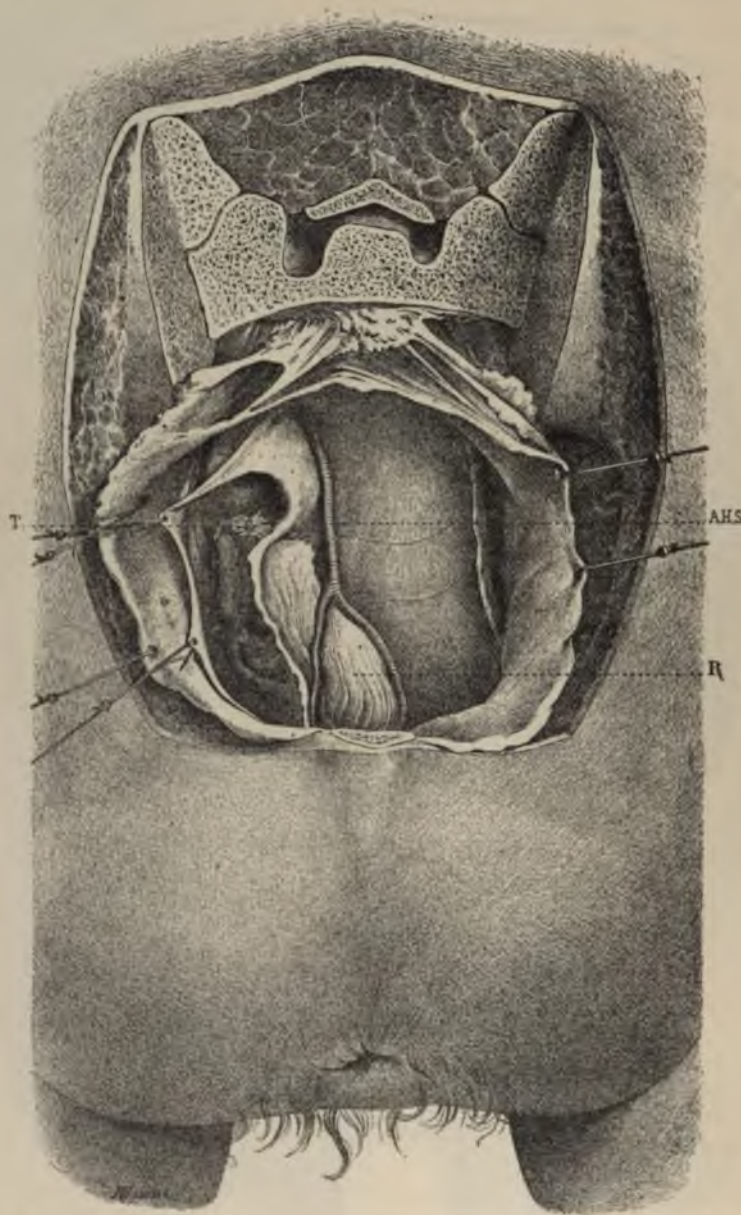


FIG. 5. — Rapports du rectum en arrière chez la femme. Le sacrum a été réséqué.
R, rectum ; *A. H. S.*, art. hém. sup.; *T.*, trompe gauche vue par une ouverture faite au péritoine.

plus antérieur, par l'uretère et le canal déférent chez l'homme, par

l'uretère et le pédicule vasculaire de l'utérus chez la femme (1).

2° Portion infra-péritonéale. — Elle repose en arrière sur les releveurs de l'anus.

Latéralement (mais sur un plan plus antérieur) elle répond chez l'homme

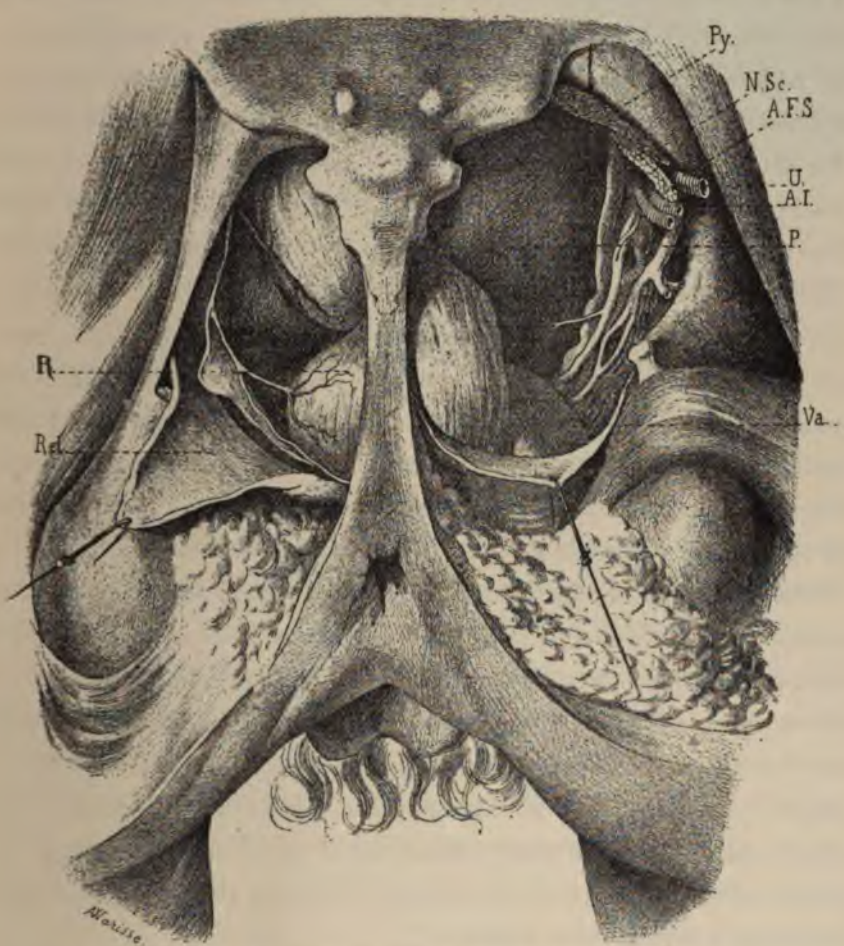


Fig. 6. — Rapports du rectum en arrière chez la femme.

Py., muscle pyramidal; *N.Sc.*, nerf sciatique; *U.*, uretère; *A.F.S.*, artère fessière supérieure; *A.I.*, artère ischiatique; *Va.*, vagin; *P.*, péritoine; *Rel.*, releveur de l'anus; *R*, rectum.

aux vésicules séminales, au canal déférent, à l'uretère, et dans les deux sexes au tissu cellulaire lâche répandu autour des artères et veines

(1) Les dessins 3, 4, 5 et 6 ont été faits le sujet étant couché sur le ventre, les jambes pendant verticalement.

hémorrhoïdales moyennes, au releveur de l'anus et au delà de ce muscle au tissu cellulo-graisseux qui remplit les fosses ischio-rectales.

Les rapports de la *face antérieure* sont plus compliqués et méritent d'être étudiés séparément chez l'homme et chez la femme.

Chez *l'homme*, cette face est en connexion successive, en partant du cul-de-sac recto-vésical, avec les vésicules séminales et les canaux déférents, avec le bas-fond de la vessie dans l'espace triangulaire que délimitent ces derniers, puis avec la prostate et l'aponévrose moyenne du périnée.

La distance du cul-de-sac péritonéal à l'anus est de 5 à 6 centim. dans l'état de vacuité de la vessie; elle atteint 7 à 8 centim., la vessie pleine; elle peut dépasser 10 centim. si le rectum est à son tour distendu.

Entre le cul-de-sac recto-vésical et l'aponévrose moyenne du périnée, le contact entre le rectum et les organes cités plus haut n'est pas immédiat, entre eux s'interpose une membrane décrite par Denonvilliers sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale; au-dessus de la prostate, cette membrane, dont Sappey a démontré la richesse en fibres musculaires lisses, s'étend latéralement entre les deux vésicules séminales et la partie terminale des canaux déférents qu'elle embrasse dans un dédoublement.

Nous nous sommes efforcés de préciser les connexions de l'aponévrose prostato-péritonéale avec la prostate et le rectum. Cette aponévrose est intimement unie à la prostate, elle adhère moins aux vésicules séminales, de sorte qu'entre elle et ces vésicules il existe un petit espace décollable (1), mais il nous importe plus encore de connaître son mode d'union avec le rectum. On peut l'étudier de deux manières, d'abord en incisant de haut en bas le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal et en le décollant avec le doigt : par ce moyen, on sépare aisément l'aponévrose du rectum et on descend ainsi jusqu'à l'aponévrose moyenne.

La méthode des coupes, de beaucoup préférable, fournit des résultats sensiblement différents. En effet, sur une coupe antéro-postérieure, on

(1) Cette petite loge des vésicules séminales, assez large en haut où elle s'étend presque d'un côté de l'excavation à l'autre, va se rétrécissant à mesure que les canaux déférents se rapprochent, ces canaux constituant en quelque sorte les limites latérales de la loge.

Elle affecte une forme trapézoïde, à petite base constituée par la prostate, à grande base formée par une ligne d'adhérence du péritoine à la vessie, laquelle ligne semble correspondre au point où les canaux déférents quittent l'excavation pour pénétrer dans la fosse iliaque.

observe qu'au niveau des vésicules séminales et du tiers supérieur de la prostate, de faibles tractus celluleux unissent seuls l'aponévrose à la couche musculaire longitudinale du rectum, il y a là une zone aisément décollable; dès qu'on s'éloigne de la base de la prostate, les tractus celluleux deviennent plus importants et le décollement moins facile. En résumé, entre le rectum et la prostate doublée de son enveloppe, l'aponévrose prostato-péritonéale, on constate l'existence d'un espace celluleux dont voici les limites : en haut, le cul-de-sac péritonéal; en bas, des adhérences entre la moitié ou les deux tiers de l'aponévrose et le rectum; en avant, l'aponévrose prostato-péritonéale adhérente à la prostate, peu adhérente aux vésicules séminales; en arrière, les fibres musculaires longitudinales du rectum; sur les côtés, la loge à sa partie inférieure est assez bien limitée par le tissu cellulaire dense répandu autour du prolongement des plexus latéraux de la prostate, mais plus haut le doigt n'a pas trop de peine à contourner le rectum et à gagner la face postérieure de l'intestin.

Chez la femme la face antérieure de la portion infra-péritonéale du rectum répond au vagin, et on a coutume de donner à l'adossement des parois des deux conduits le nom de cloison recto-vaginale. En réalité, les deux conduits n'associent leurs parois pour former une cloison commune qu'au niveau du raphé, carrefour des insertions des transverse, constricteur vulvaire et sphincter externe; plus haut et jusqu'au cul-de-sac péritonéal, un tissu cellulaire lâche est interposé entre le rectum et le vagin : ici encore existe donc un espace prérectal, bien clos en avant, en arrière, en bas et en haut, moins fermé sur les côtés, car si à la partie inférieure s'étend une toile celluleuse, canevas des vaisseaux qui du releveur de l'anus, du rectum et du vagin montent jusqu'à l'hypogastrique, à la partie supérieure, cette toile relâche ses mailles et permet de contourner le rectum.

La loge prérectale chez la femme comme chez l'homme, bien délimitée dans le reste de son étendue, présente sur les parties latérales de son extrémité supérieure un point faible qui rend la communication possible avec le tissu cellulaire rétro-rectal.

Tels sont, en résumé, les rapports du rectum proprement dit. Cet exposé serait incomplet si nous n'ajoutions quelques mots sur la disposition du tissu cellulaire périrectal dans toute cette étendue comprise entre le

péritoine d'une part et les insertions rectales du releveur de l'anus d'autre part. C'est à l'espace virtuel qui renferme ce tissu cellulaire que Richet a donné le nom devenu classique d'espace pelvi-rectal supérieur; il semble, à lire sa description, que librement et sans peine la communication s'établisse entre les différents points de cette grande loge, et que, par exemple, l'interstice méso-rectal ou le tissu conjonctif de la concavité sacrée ne soit qu'un diverticule de la grande région pelvi-rectale supérieure. Sans prétendre qu'il existe une barrière infranchissable entre le tissu conjonctif

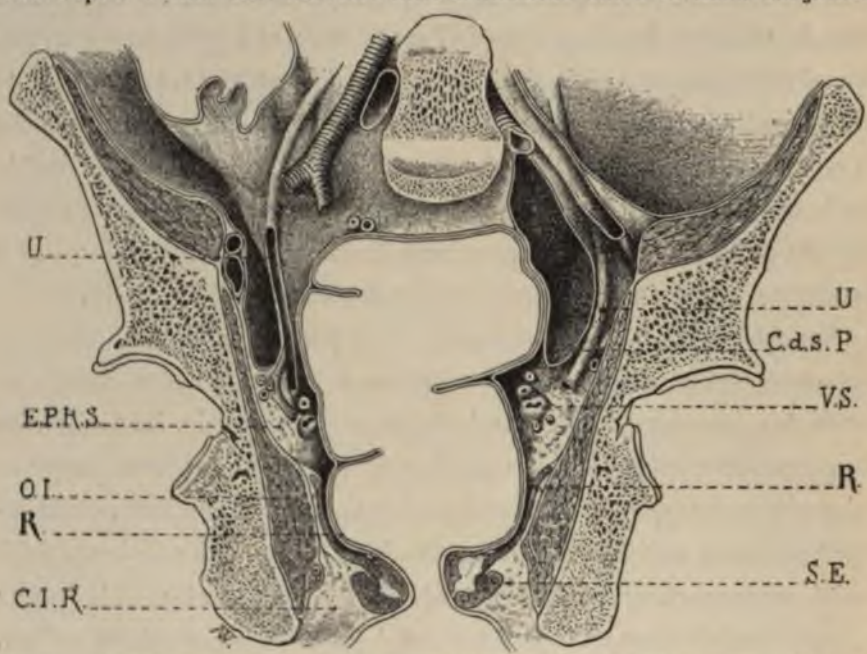


FIG. 7. — Coupe verticale du bassin sur un sujet (homme) congelé dont le rectum a été rempli de plâtre.

U., uretère; *C.d.s.P.*, cul-de-sac péritonéal; *V.S.*, vésicule séminale; *E.P.R.S.*, espace pelvi-rectal supérieur; *O.I.*, obturateur interne; *C.I.R.*, creux ischio-rectal; *S.E.*, sphincter externe.

rétro-rectal et celui qu'on trouve sur les côtés, il est facile de constater que, si après avoir décollé le rectum en arrière on descend sans difficulté dans toute l'étendue de la concavité sacrée, on se trouve au contraire arrêté latéralement dès qu'on atteint les trous sacrés antérieurs par une sorte de lame résistante et dense : le suif injecté dans le méso-rectum ne passe pas dans le reste de l'espace pelvi-rectal supérieur, et inversement. Nous sommes donc autorisés à partager en trois loges secondaires, une loge

médiane rétro-rectale et deux loges latérales périrectales, le grand espace pelvi-rectal supérieur de Richet (1). Ces barrières que notre doigt a rencontrées latéralement au niveau des trous antérieurs du sacrum et des bords du coccyx, ne sont autre chose que les aponévroses sacro-recto-génitales, que nous retrouvons aussi bien chez l'homme que chez la femme.

En haut cette loge se continue avec le tissu cellulaire prévertébral et

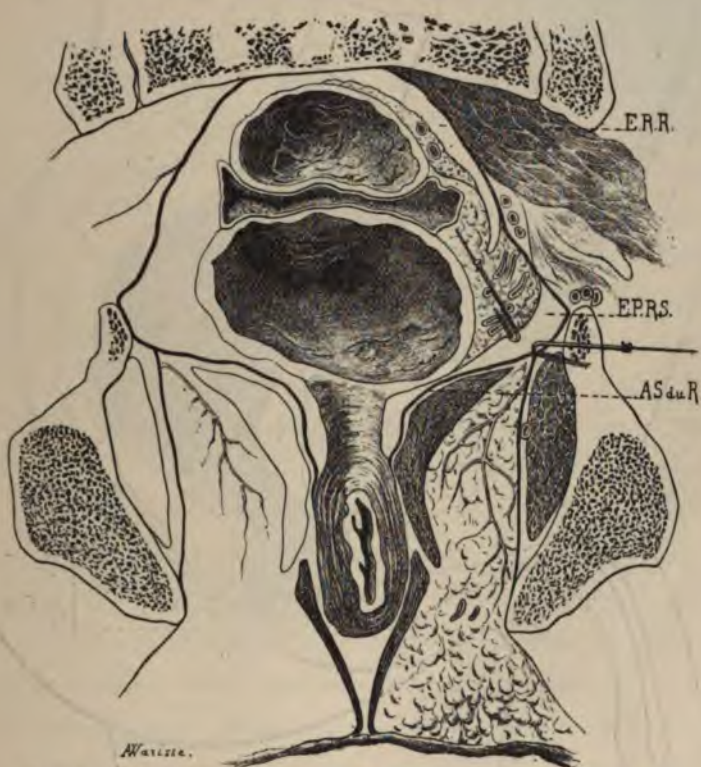


FIG. 8. — Coupe verticale un peu oblique du bassin (sujet congelé).
E.R.R., espace rétro-rectal ; *E.P.R.S.*, espace pelvi-rectal supérieur ; *A.S.du R.*, aponévrose supérieure du releveur.

avec celui des fosses iliaques ; en bas le doigt est arrêté au niveau de l'anus par une lame résistante d'apparence fibreuse qui part du coccyx et se dirige vers la terminaison du rectum.

(1) Le grand espace celluleux situé au-dessus du releveur coccy-périnéal, très étendu d'avant en arrière, se trouve donc séparé de son congénère en arrière par la loge rétro-rectale, et en allant d'arrière en avant par le rectum, par la loge prérectale, et par la loge des vésicules séminales. Les deux loges n'arrivent au contact que très bas vers le périnée. Il en est de même chez la femme, où la communication ne s'établit que très bas, ce qui explique pourquoi les suppurations ne s'étendent d'un ligament large à l'autre qu'en passant derrière le vagin.

A chacune de ces loges correspond une distribution vasculaire distincte (1) : à la loge médiane et postérieure aboutit la terminaison des artères et veines mésentériques inférieures, les loges latérales renferment toute la distribution viscérale de l'hypogastrique, depuis les rameaux qui

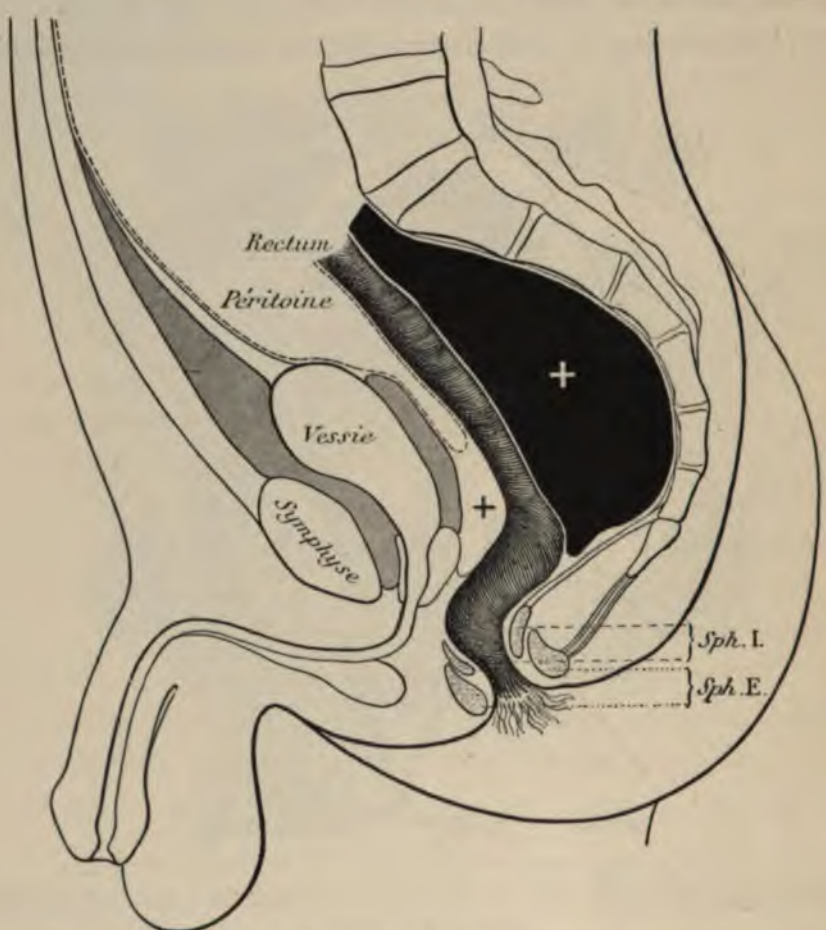


FIG. 9. — Coupe schématique montrant la loge rétro-rectale injectée au suif : En avant du rectum, + loge prérectale. La loge des vésicules séminales et la cavité de Retzius sont en gris.

vont au rectum jusqu'à ceux qui s'étendent à la vessie ; l'ensemble forme comme une sorte d'éventail dont le sommet répond à la grande échan-

(1) Peut-être même serait-il permis de voir dans la distribution vasculaire, l'origine de ce cloisonnement.

crure sciatique par où, de la sorte, le tissu cellulaire périrectal communique avec les couches profondes de la fesse.

3° Portion anale. — Nous ne considérons comme vraiment anale que la portion d'intestin sous-jacente à l'insertion rectale du releveur de l'anus; tout ce qui est au-dessus de ce muscle doublé de son aponévrose, répond en effet à l'espace périrectal supérieur, c'est-à-dire à une loge intrapelvienne; tout ce qui est au-dessous n'a de connexion qu'avec le tissu cellulaire extrapelvien, avec la graisse du creux ischio-rectal.

La portion anale (1) du rectum est étroitement entourée par le sphincter externe; son étude est donc liée à celle de ce muscle. Le sphincter externe, ainsi que le dit très bien Cruveilhier, se compose de deux portions assez distinctes: une portion superficielle elliptique, étalée sous la peau, insérée à sa face profonde aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur de l'anus et constituant un véritable peaucier de la marge de l'anus; une portion profonde, plus importante, ne mesurant pas moins de 3 centim. de hauteur et formant comme un cylindre qui enveloppe concentriquement l'ensemble des tuniques rectales. Cette gaine contractile surajoutée au rectum prend des insertions en avant et en arrière: en avant, elle s'insère sur le raphé ano-génital, auquel convergent le bulbo-caverneux (2) et les transverses du périnée; en arrière, elle s'insère sur un raphé fibro-élastique étendu de la peau de l'orifice anal à la pointe du coccyx. Par sa face externe, le muscle répond au tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale qui est assez adhérent; par sa face interne il s'applique sur la couche de fibres lisses longitudinales ou sur les tendons élastiques qui leur font suite, il déborde en haut de 3 à 4 millim. l'insertion rectale du releveur de l'anus.

Entre le sphincter et le rectum, il existe une couche de tissu conjonctif lâche, qui contourne la circonférence supérieure du muscle, traçant ainsi d'avance leur chemin aux collections développées à la face externe de la portion anale du rectum (3).

(1) Testut ne délimite pas ainsi l'anus, car il donne comme rapports de l'anus sur les côtés « le releveur et, en dehors de ce muscle, le tissu cellulo-adipeux de la fosse ischio-rectale ».

(2) Ou le constricteur de la vulve.

(3) L'aponévrose inférieure du releveur, d'ailleurs réduite à une lame très mince, nous paraît s'interposer au sphincter et au rectum, et venir se perdre sur la face externe de ce dernier.

Ainsi doublée du sphincter externe, la portion anale du rectum est en rapport en avant avec l'intersection fibreuse commune aux muscles sphincter externe, bulbo-caverneux et transverse ; en avant de cette intersection, on rencontre le bulbe, à la face postéro-supérieure duquel sont accolées les glandes de Cooper ou de Méry. Plus loin, on arriverait sur l'urèthre qui se porte en bas et en avant, tandis que le rectum se dirige en bas et en arrière. C'est à l'espace triangulaire délimité par l'urèthre, la terminaison du rectum et la peau du périnée que les anatomistes donnent le nom de triangle recto-uréthral. C'est entre la commissure antérieure du sphincter externe et le bulbe qu'il faut passer quand on veut atteindre l'urèthre membraneux ; c'est également la voie par laquelle

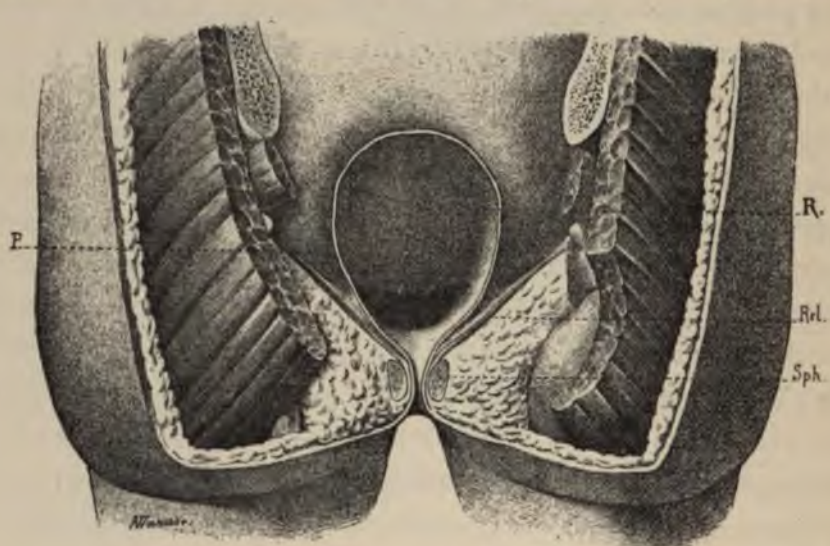


FIG. 10. — Coupe verticale tranversale passant par l'anus :
R., rectum dont on ne voit que la partie antérieure se présentant comme la concavité d'une cuiller ; *P.*, péritoine ; *Rel.*, releveur ; *Sph.*, sphincter.

on arrive à la face postérieure de la prostate et jusqu'à la loge des vésicules séminales. Chez la femme, toute la portion anale est intimement unie au vagin, formant avec lui une véritable cloison triangulaire à base inférieure, et qui n'est autre que le plancher périnéal. Dans ce triangle recto-vaginal s'entrecroisent le sphincter externe, les transverses du périnée et le constricteur de la vulve.

Sur les côtés, c'est-à-dire dans les trois quarts de son étendue, la por-

tion anale est en rapport avec le creux ischio-rectal, espace pelvi-rectal inférieur de Richet. Toute la graisse de cet espace étant enlevée, on trouve comme parois : en arrière, le bord épais du grand fessier, et profondément le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique et le coccyx ; en avant, le muscle transverse du périnée ; en dedans, le sphincter et la face inférieure du releveur anal ; en dehors enfin, l'obturateur interne. Une aponévrose tapisse tout ce creux ischio-rectal, elle résulte de la coalescence des différents feuillets aponévrotiques qui revêtent le grand fessier et le ligament sacro-sciatique, le releveur, l'obturateur interne et le transverse. On pourrait lui donner le nom d'aponévrose inférieure du périnée (1), par opposition à l'aponévrose supérieure du périnée, ainsi que l'a conçu Denonvilliers. Le segment qui recouvre le releveur de l'anus s'amincit considérablement à mesure qu'on se rapproche du rectum. En outre, ce feuillet, inséré sur l'aponévrose de l'obturateur interne, n'est pas appliqué à son point de départ sur le muscle releveur, il en est séparé par un espace rempli de tissu cellulo-adipeux ; de sa face externe se détachent une série de lames, subdivisées en lamelles et qui forment comme la charpente du tissu cellulo-graisseux du creux ischio-rectal.

En arrière de l'anus et entre les deux faisceaux superficiel et profond du sphincter externe, le tissu cellulaire d'un côté communique avec celui du côté opposé.

Les fosses ischio-rectales sont traversées de dehors en dedans par les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs, artériels et veineux, tributaires de la honteuse interne et par les nerfs

La portion anale ne diffère pas seulement des autres portions du rectum par sa situation extrapelvienne : sa cavité, par suite de la contraction tonique des sphincters, n'est que virtuelle à l'état de repos, son orifice inférieur est par suite lui-même effacé et réduit à une fente ; c'est cette fente que communément on désigne sous le nom d'anus ou d'orifice anal.

De l'orifice partent en rayonnant les plis radiés de l'anus.

(1) En y comprenant, bien entendu, l'aponévrose dite superficielle du périnée, qui revêt la face inférieure du triangle ischio-bulbaire.

La situation de l'orifice anal ne paraît pas absolument constante. L'orifice occupe sur la ligne médiane le fond de la dépression interfessière, en arrière de la ligne bi-ischiatique, mais sa distance, par rapport au coccyx, paraît offrir quelque variation. Nos recherches ont porté sur 104 sujets, 82 hommes et 22 femmes, les mesures ont été prises au moyen d'un compas. Nous avons trouvé, comme distance du coccyx à la commissure anale chez l'homme,

31	fois	de	1	à	2	centimètres
39	—	—	2,1	à	2	—
9	—	—	3,1	à	4	—
3	—	au-dessus de			4	—

et chez la femme,

2	fois	de	1	à	2	centimètres
15	—	—	2,1	à	3	—
4	—	—	3,1	à	4	—
1	—	au-dessus de			4	—

§ 2. — Longueur, calibre, conformation extérieure, conformation intérieure, structure du rectum et de l'anus (1).

Longueur et calibre — Le rectum mesure, de la troisième vertèbre sacrée à l'anus, de 13 à 15 centim. Son calibre est extrêmement variable, suivant les sujets. Chez la plupart on rencontre successivement, en allant de haut en bas, une portion cylindrique, puis une portion renflée beaucoup plus longue ou ampoule, et enfin une partie terminale rétrécie, effacée sur le vivant (2).

La longueur de la portion cylindrique ne compte que de 2 à 3 centim., l'ampoule 9 à 11 centim., l'anus 2 à 3 centim.

Pour avoir les dimensions en largeur de ces parties respectives, nous avons fendu longitudinalement le rectum et mesuré d'une section de muqueuse à l'autre. Nous avons, d'après de très nombreuses mensurations, trouvé pour la portion cylindrique une circonférence de 3 à 5 centim.;

(1) Sur ces divers points, on pourra consulter : Bodenhamer (W.), Some anatomical recollections pertaining chiefly to that portion of the intestinal canal denominated rectum. *New-York med. Journ.*, 1891, t. LIV, p. 481 ; et Symington, The rectum and anus. *J. of anatom. and physiol.*, London 1888-1889, t. XXIII, p. 106.

(2) Sur les sujets congelés, on note l'adossement de la paroi antérieure à la paroi postérieure du canal anal.

Pour l'ampoule, de 8 à 10, 13 et 16 centim., suivant les points ;

Pour l'anus, de 5 à 9 centimètres.

Nous avons laissé volontairement de côté les cas de dilatation anormale de l'ampoule où la circonférence atteignait 20, 25 et 30 centim. (1).

Chez l'enfant nouveau-né, la dilatation ampullaire n'existe pas, le rectum est cylindrique (2). Cette forme cylindrique se retrouve chez quelques adultes, une fois sur six, d'après les recherches de Gally.

La dilatation ampullaire ne se fait pas d'une façon régulière, en d'autres termes, la section normale de l'ampoule ne donne pas constamment un cercle, la paroi postérieure du rectum cède davantage à la distension, ce que démontrent bien les moulages ci-contre (3). Cette paroi n'est d'ailleurs pas rigoureusement pareille à la courbure sacrée, ainsi qu'on l'a prétendu. Ordinairement le diamètre transverse l'emporte sur le diamètre antéro-postérieur (Sappey).

Conformations extérieure et intérieure. — La surface externe du rectum est recouverte de bosselures séparées par des sillons où s'enfoncent les vaisseaux, quelques-uns sont en rapport avec les inflexions de l'intestin.

Sa conformation intérieure peut être étudiée de différentes manières, par des coupes sur des pièces insufflées et desséchées, par simple observation sur des pièces fraîches, à l'aide de moulages en plâtre, ou encore par l'exploration digitale sur le rectum en place ou sur le rectum enlevé rempli d'eau, enfin par l'inspection de la cavité rectale à l'aide d'un éclairage spécial, comme l'a fait Otis (4).

Tous ces moyens d'investigation ont eu pour but d'établir la disposition exacte des replis, qu'on trouve à la face interne du rectum et que Houston (5) a le premier signalés en 1830, et d'affirmer le type sacculaire

(1) Cas de Sappey, 34 centim. ; cas de Gally, 30 centim.

(2) Voir le premier moulage de la fig. 11.

(3) Ces moulages ont été obtenus en faisant pénétrer du plâtre par l'anus au moyen d'un entonnoir et sans pression, par simple bourrage avec une baguette. Nous devons ces photographies à M. Comte.

(4) OTIS. *Anatomische Untersuchungen am menlisch. Rect.*, Leipzig, 1887. Otis plaçait les sujets dans la position génu-pectorale ; l'anus, maintenu ouvert par les rétracteurs, était éclairé par des lampes électriques munies de réflecteurs.

(5) HOUSTON. Observations on the form of the rectum. *Dublin Journal medic. and chir. sc.*, 1833, t. III, p. 371.

FIG. 11. — Moulages de rectum.

FIG. 12. — Moulages de rectum.

FIG. 12. — Moulages de rectum.

de la cavité rectale. Les replis ou valvules de Houston, à direction transversale, à forme semi-lunaire, sont au nombre de deux ou trois; lorsqu'il en existe deux, on en trouve généralement une en avant et à droite (1) à 6 ou 7 centim., et l'autre à gauche à 8 ou 9 centim de l'anus.

FIG. 13. — Rectum incisé longitudinalement (valvules de Houston).

La troisième, lorsqu'elle existe, siège près de l'anus (à 4 ou 5 centim.) à gauche et en arrière et mérite la dénomination de valvule anale. Moins

(1) Valvule recto-vésicale de Houston.

constante que les autres, la valvule anale est parfois circulaire (Otis, Gally).

Les valvules de Houston font dans la cavité rectale une saillie de 1 à 2 centim. Sappey, Testut, prétendent que ce sont de simples replis de la muqueuse qu'efface la distension; Gally a au contraire vérifié, le doigt étant dans l'anus pendant qu'on remplissait d'eau le rectum, que l'augmentation de la pression intérieure accroît la saillie des valvules (1).

La description que nous avons donnée d'après Otis, Gally et nos propres observations, se rapporte aux cas les plus nombreux; il est néces-

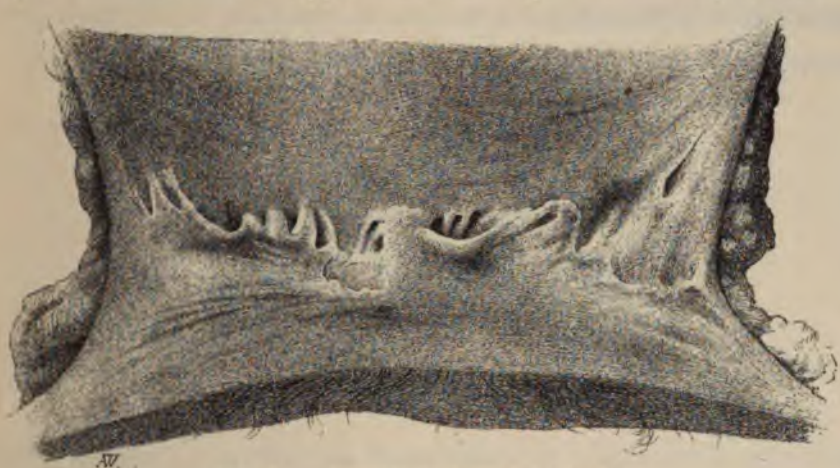


FIG. 14. — Valvules de Morgagni (adulte).

saire d'ajouter que le nombre, le siège et l'importance des replis semi-lunaires sont variables suivant les sujets (2).

Les valvules de Houston existent chez l'enfant nouveau-né. Chez l'un d'eux nous avons rencontré trois valvules, l'une à 1 centim. et demi, la deuxième à 2 centim., la troisième à 3 centim. de l'anus. Charpy, l'inspirateur de la thèse de Gally, en a observé à partir du sixième mois de la vie intra-utérine.

A la partie inférieure du rectum, à la jonction de la muqueuse et de la peau, d'autres replis tout différents s'observent que l'on décrit sous le nom de valvules ou replis semi-lunaires de Morgagni.

L'ensemble de ces valvules forme une zone spéciale de 12 à 15 millim.

(1) GALLY. *Les valvules du rectum*. Th. Toulouse, 1892-1893, n° 20.

(2) Voyez plus loin la structure des valvules.

de hauteur, marquant la jonction du rectum et de l'anus. Les valvules sont en nombre variable, de trois à huit d'après Sappey : ce chiffre de trois nous semble bien exceptionnel et se rapporterait peut-être à des cas de destruction ou d'atrophie des replis. Chaque valvule est séparée des voisines par un épaississement de la muqueuse formant relief et connu sous le nom de colonne du rectum ou de Morgagni.

Les valvules ont une communauté de caractères si on les étudie chez l'enfant, elles deviennent très dissemblables chez l'adulte. Chez l'enfant, elles ont toutes la forme de petits replis à concavité supérieure ou nids de pigeon. Un fin stylet enfoncé de haut en bas dans leur cavité, permet d'en reconnaître la faible profondeur (1) et la minceur du repli muqueux qui

FIG. 15. — Valvules de Morgagni (nouveau-né).

les borde; elles sont plus ou moins hautes et larges, plus ou moins serrées les unes contre les autres.

Chez l'adulte, la zone valvulaire paraît abaissée, des replis manquent, ont été déchirés, d'autres présentent une concavité en sens contraire, ou une forme circulaire ou ovale.

Structure du rectum. — Les parois rectales en dehors du péritoine, sur les rapports duquel nous n'avons pas à revenir, comprennent dans leur structure, comme du reste celles du côlon, une couche musculaire lisse, une couche cellulo-vasculaire et une couche muqueuse.

La couche musculaire est disposée sur deux plans, un superficiel longitudinal, un profond circulaire. Le plan longitudinal n'est pas réparti en bandelettes comme sur le côlon, il forme une surface continue embrassant le cylindre rectal tout entier. Il est intéressant de voir comment se

(1) 2 à 3 millim. chez l'adulte.

terminent les fibres longitudinales. On les divise en trois groupes : un supérieur et externe s'insère sur la face supérieure de l'aponévrose du releveur, un moyen s'insère (1) sur une lame fibreuse qui, par sa face opposée, reçoit des fibres du releveur, un inférieur et interne passe entre les sphincters interne et externe (2) et s'insère à la face profonde de la peau par de petits tendons (3).

Le plan des fibres circulaires se distingue par les épaississements qu'il présente, formant des anneaux plus ou moins complets. On sait que l'un de ces épaississements, siégeant à l'union de la première portion du rectum des classiques et de l'S iliaque, porte le nom de sphincter d'O'Beirn (4) ; un

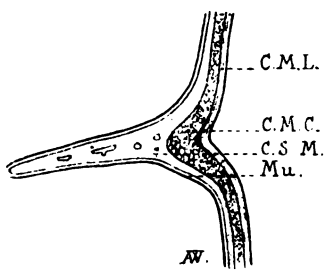


FIG. 16. — Coupe schématique d'une valvule de Houston.

Mu., muqueuse; *C. S. M.*, couche sous-muqueuse; *C. M. C.*, couche musculaire circulaire; *C. M. L.*, couche musculaire longitudinale.

second épaississement, décrit par Nélaton, répond à la base d'une valvule de Houston, à 8 à 10 centim. de l'anus.

Le dernier épaississement, constant et toujours identique, est le sphincter interne. Sappey estime à 4 et 6 centim. sa hauteur, à 3 ou 4 millim. son épaisseur ; son bord inférieur a pour limite précise la ligne de continuité de la muqueuse avec la peau, elle est débordée par le sphincter externe.

La muqueuse rectale diffère peu de celle du gros intestin : même épithélium cylindrique à plateau strié, même richesse du chorion en glandes en tube et en tissu lymphoïde, çà et là disposé sous forme d'amas folliculaires.

(1) Les fibres postérieures de ce plan se fixent sur le sommet du sacrum et sur le coccyx ; elles constituent le muscle rétracteur de l'anus de Treitz.

(2) Quelques fibres traversent ce dernier.

(3) Toute cette disposition a été bien décrite par Sappey.

(4) O'BEIRN. *New views of the process of defecation and their application to the pathology*, Dublin, 1833.

Deux mots sur la structure des valvules de Houston. Ce ne sont pas de simples replis de la muqueuse, à leur base la couche de fibres lisses circulaires s'épaissit et se projette en éperon. Cette disposition, décrite par Charpy et Gally, a reçu de nos recherches une entière confirmation.

Au niveau de l'anus (1), la muqueuse rectale subit de profondes modifications dont l'étude a été bien faite par Hermann (2), qui a complété les recherches de Robin et Cadiat (3).

Le bord inférieur ou adhérent des valvules semi-lunaires correspond à une sorte de bourrelet circulaire où la peau apparaît, mais les follicules

FIG. 17. — Coupe longitudinale de la région anale, vers le milieu de la face latérale (d'après HERMANN).

a, zone cutanée lisse ; *b*, dépression de la muqueuse anale ; *c*, ligne ano-cutanée ; *d*, ligne ano-rectale ; *e*, muqueuse et glandes du rectum ; *f*, musculaire muqueuse ; *g*, partie inférieure du sphincter interne ; *h*, sphincter externe ; *i*, tunique musculaire longitudinale ; *j*, cloison cellulaire séparant cette tunique du sphincter interne ; *k*, *k*, vaisseaux et nerfs ; *l*, tissu adipeux de la fosse ischio-rectale ; *m*, follicules pilo-sébacés.

pilo-sébacés n'existent qu'à 15 ou 20 millim. plus bas : cette peau modifiée, mince, constitue la zone cutanée lisse de Robin et Cadiat. Entre ce bord inférieur où adhèrent des valvules et leur bord libre, il existe une zone tapissée par de l'épithélium pavimenteux stratifié, atteignant presque le

(1) Les histologistes n'accordent pas les mêmes limites à l'anus que les anatomistes topographes. Pour nous, l'anus est un canal qui renferme successivement de la muqueuse rectale proprement dite, la muqueuse anale et la zone cutanée lisse.

(2) HERMANN (GUSTAVE). *Sur la structure et le développement de la muqueuse anale*. Thèse de Paris, 1880, n° 269. (Nous lui empruntons la description ci-jointe.)

(3) ROBIN et CADIAT. *Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, 1874, p. 589.

bord libre des valvules où se trouve la ligne *ano-cutanée*. A quelques millimètres au-dessus de la ligne ano-cutanée, sur le versant opposé de la valvule, la ligne *ano-rectale* marque le point précis où s'arrêtent les glandes en tube. Entre ces deux lignes ano-cutanée et ano-rectale se trouve comprise la muqueuse anale.

L'épithélium de la muqueuse anale ainsi délimitée n'est pas partout identique. Dans certains points, spécialement au niveau des saillies des colonnes, l'épithélium est celui des muqueuses dermo-papillaires, c'est-à-dire polyédrique stratifié; dans d'autres, il est prismatique stratifié, cela surtout dans les enfoncements intercolonnaires.

Le chorion est composé de deux couches, l'une conjonctive analogue au

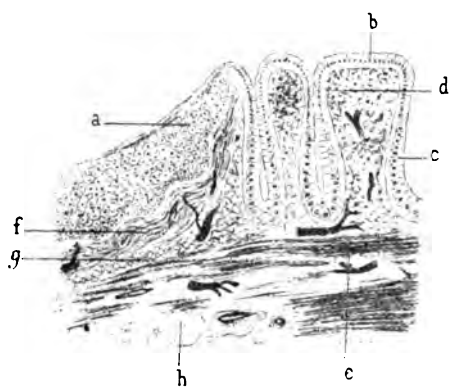


FIG. 18. — Coupe longitudinale au niveau de la ligne ano-rectale (d'après HERMANN).

a, épithélium polyédrique stratifié de l'anus; *b*, épithélium cylindrique du rectum; *c*, épithélium caliciforme des glandes du rectum; *d*, muqueuse riche en éléments embryoplastiques; *e*, musculaire muqueuse; *f*, chorion lamineux de la muqueuse anale; *g*, son réseau élastique; *h*, tissu cellulaire sous-muqueux.

derme, ici dépourvu de papilles, là en renfermant quelques-unes, l'autre élastique. Au niveau des colonnes de Morgagni, on trouve une couche épaisse de fibres lisses qui représentent la musculo-muqueuse; celle-ci manque dans les replis valvulaires.

Dans beaucoup de points compris entre les lignes ano-cutanée et ano-rectale, la structure se modifie, et çà et là se rencontrent des cellules analogues aux épithéliums intestinaux.

En certaines régions, spécialement aux abords de la ligne ano-rectale, le chorion est riche en follicules clos de petite dimension.

Comme appareil glandulaire, on rencontre dans la muqueuse anale proprement dite, de petites dépressions qu'Hermann interprète comme les rudiments des glandes anales de certains animaux.

Dans la zone cutanée lisse il n'y a aucune glande; au-dessous apparaissent des glandes sudoripares volumineuses et des glandes sébacées.

Pilliet (1) a décrit dans la muqueuse anale de l'homme des corpuscules de Pacini.

§ 3. — Vaisseaux et nerfs

Artères du rectum et de l'anus.

Les artères du rectum lui sont fournies par la mésentérique inférieure (hémorrhoïdales supérieures), l'hypogastrique (hémorrhoïdales moyennes), la honteuse interne (hémorrhoïdales inférieures) et l'artère sacrée moyenne (2).

L'artère mésentérique inférieure se divise en deux branches, gauche et droite, qui portent le nom d'hémorrhoïdales supérieures : chacune de ces branches longe les bords du rectum et forme des rameaux qui pénètrent, les uns, les faces antérieure, postérieure et latérale gauche, les autres, les faces antérieure, postérieure et latérale droite, ceux d'un côté s'anastomosant avec ceux du côté opposé. Cette distribution n'est pas absolument symétrique, l'hémorrhoïdale gauche a surtout une distribution antéro-latérale, la droite, une distribution postéro-latérale. De plus, il existe très souvent une branche postérieure qui vient tantôt directement de la terminaison de la mésaraïque supérieure qui alors se trifurque, tantôt et plus souvent, de l'hémorrhoïdale droite. Cette branche dorsale est quelquefois double.

Les rameaux collatéraux des hémorrhoïdales supérieures naissent des parois du rectum à différents niveaux et se répandent dans la couche sous-muqueuse. Les rameaux terminaux, au nombre de cinq ou six,

(1) Pilliet. Note sur la présence de corpuscules de Pacini dans la muqueuse anale de l'homme. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892, p. 315.

(2) Quénu. Artères du rectum. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1893, p. 703.

accompagnent les veines dites terminales et peuvent être suivis jusque vers les lacunes de Morgagni.

FIG. 19.— Artères du rectum chez la femme (côté gauche); anastomose des deux hémorrhoïdales moyenne et supérieure :

Ve., vessie ; *Va.*, vagin ; *R.*, rectum ; *A.H.M.*, artère hémorrhoïdale moyenne ; *A.H.S.*, artère hémorrhoïdale supérieure.

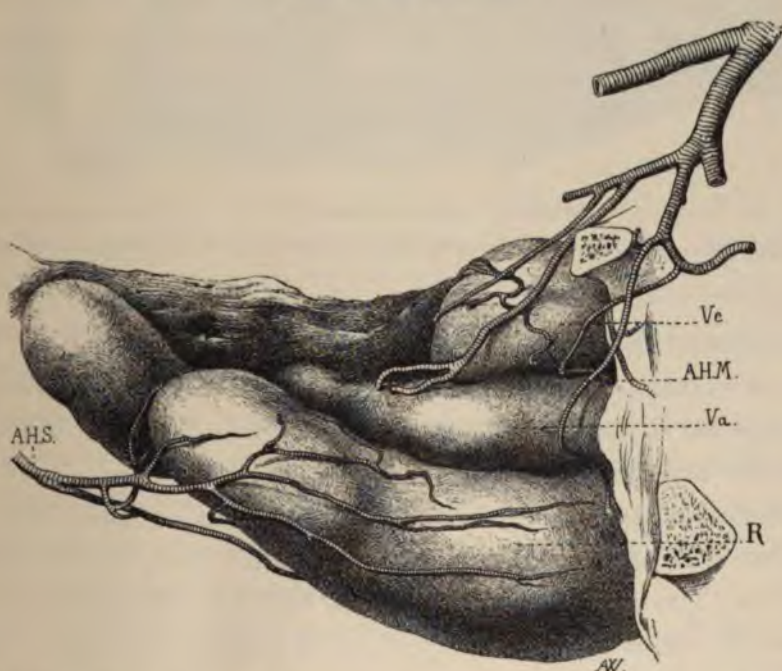


FIG. 20. — Même pièce que fig. 17, côté droit. Les artères hémorrhoïdales supérieure et moyenne sont indépendantes.

Les hémorrhoïdales supérieures ne donnent pas que des branches ano-rectales, elles fournissent en outre des branches vaginales chez la femme, prostatiques chez l'homme. Ces branches prostatiques ou vaginales directes ne proviennent chez un même sujet que d'une des hémorrhoïdales, elles sont unilatérales. Elles fournissent enfin une branche très importante qui va s'anastomoser avec l'hémorrhoïdale moyenne.

L'*hémorrhoïdale moyenne* ou la vaginale chez la femme, provient d'ordinaire de l'hypogastrique, quelquefois d'une de ses branches, de l'artère ischiatique par exemple. Chez *l'homme*, l'hémorrhoïdale moyenne descend en longeant la face externe des vésicules séminales vers la prostate. Elle se comporte différemment d'un côté à l'autre ; parfois elle s'épuise

Fig. 21. — Artères hémorrhoïdales moyenne et supérieure (homme); leurs anastomoses. *Per.*, péritoine ; *A.H.M.*, artère hémorrhoïdale moyenne ; *A.H.S.*, artère hémorrhoïdale supérieure ; *R.*, rectum.

dans la prostate sans donner de rameaux rectaux, parfois elle donne des rameaux rectaux et prostatiques, parfois enfin, elle paraît ne rien donner à la prostate et s'épuise dans le rectum. Chez *la femme*, la vaginale donne des branches au vagin et des branches directes au rectum.

L'hémorrhoïdale moyenne s'anastomose largement avec l'hémorrhoïdale supérieure. Sur 17 sujets, cette anastomose n'a manqué qu'une fois. Chez les 12 autres, l'anastomose a été une fois bilatérale, 11 fois unilatérale. Sur ces 11 derniers cas, le côté gauche est noté 7 fois. D'ordinaire, l'anse anastomotique siège à 5 ou 6 centim. de l'anus; elle est simple ou formée de deux anses superposées. De la convexité de

l'anse se détachent des rameaux dont les uns se rendent aux parois rectales, jusque dans la couche cellulo-vasculaire, les autres vont au vagin ou à la prostate.

Outre ces anastomoses extra-rectales, les branches terminales de l'hémorrhoïdale moyenne s'anastomosent encore avec celles des hémorrhoïdales supérieure et inférieure dans la couche sous-muqueuse, à la partie inférieure du rectum. Les couches musculaires de cette dernière ne reçoivent leurs artères que des hémorrhoïdales moyennes et inférieures, ainsi que l'a établi Konstantinovitch (1).

La honteuse interne fournit les hémorrhoïdales inférieures, toutes situées au-dessous du releveur de l'anus. Un groupe postéro-latéral se

FIG. 22. — Branches rectales de la sacrée moyenne.

détache d'un tronc qui longe le bord inférieur du grand fessier, traverse la fosse extra-rectale et aborde les parties latérales et la commissure postérieure de l'anus. Un groupe antérieur provient de la branche qui se distribue à la surface de la région bulbaire.

Quant à la *sacrée moyenne*, elle donne à la face postérieure de l'intestin de petits rameaux grêles qui se détachent successivement au niveau de l'avant-dernier trou sacré, puis du dernier trou sacré, et enfin un peu au-dessous de la base du coccyx : ces ramuscules s'épuisent dans les parois musculaires du rectum.

Il résulte de cet exposé, que l'indépendance admise pour la circulation

(1) KONSTANTINOVITCH (V.). Die Anordnung der Gefässe der Mastdarms. *St-Petersburger medic. Zeitschrift*, 1872-1873, t. III, p. 529.

artérielle du rectum n'existe pas réellement, sauf d'une façon exceptionnelle (1 fois sur 17). L'hémorrhoïdale moyenne et la supérieure se suppléent grâce à des communications importantes, ordinairement unilatérales, quelquefois même bilatérales ; par suite, il y a lieu de supposer que, en cas d'oblitération de la mésaraïque inférieure, la circulation rectale ne serait pas troublée. De même nos recherches nous ont démontré que, dans tous les cas, une injection de suif poussée dans la mésaraïque inférieure, passe facilement dans la fémorale et se retrouve jusque dans l'aorte.

Nous arrivons donc à cette conclusion inattendue, qu'en cas d'oblitération de l'artère iliaque primitive, la mésentérique inférieure serait une voie très importante pour le rétablissement de la circulation collatérale.

Veines du rectum et de l'anus.

Trois groupes de vaisseaux ramènent le sang veineux de l'anus et du rectum (1) : 1° *Un groupe supérieur*, tributaire de la veine porte (veines hémorrhoïdales supérieures, origines de la mésaraïque inférieure) ; 2° *un groupe moyen*, composé de veines appartenant au territoire de l'hypogastrique, et que relie ce fait d'être situées au-dessus du releveur de l'anus (veines hémorrhoïdales moyennes) ; 3° *un groupe inférieur*, sous-jacent au muscle releveur, aboutissant principalement à la veine honteuse interne (veines hémorrhoïdales inférieures).

Groupe supérieur. — Les veines hémorrhoïdales supérieures forment deux troncs principaux qui se réunissent dans le mésorectum ; elles tirent leur origine d'un plexus sous-cutanéo-muqueux, sous-jacent aux valvules de Morgagni ; de là naissent des veinules qui se ramassent dans les colonnes de Morgagni, puis convergent de manière à former 10 ou 12 troncules : ceux-ci demeurent sous-muqueux jusqu'à 8 ou 10 centim. de l'anus, alors ils perforent la musculaire et convergent de plus en plus, jusqu'à ne plus former que deux troncs situés sur les parties latérales et postérieures du rectum.

(1) Duret. Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes. *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1879, t. II, p. 641. — Quénu. Études sur les veines du rectum et de l'anus. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 601 ; et Quénu et Lejars. *Études sur le système circulatoire*, 1894.

Duret plaçait l'origine des hémorrhoïdales supérieures au niveau des valvules de Morgagni, dans de petits lacs sanguins ou ampoules ayant à l'état normal le volume d'un grain de blé ou d'un pois. Nous avons démontré que ces dilatations sanguines ne s'observent pas chez le nouveau-né et qu'il faut les considérer comme de petites dilatations variqueuses des ramuscules veineux.

Nous avons également insisté sur ce fait que les 10 ou 12 troncules ne suivent pas sous la muqueuse un trajet parallèle, mais que chaque tronc

Fig. 23. — Origines des veines hémorrhoïdales supérieures chez un enfant nouveau-né.

hémorrhoïdal supérieur forme dans son ensemble comme une sorte d'éventail. Les rameaux de chaque côté s'anastomosent sur la ligne médiane, néanmoins le milieu reste le moins vascularisé.

Lorsqu'on continue à détacher la muqueuse des couches sous-jacentes, au-dessus des points de perforation des troncules, on voit émerger de la musculeuse une série de troncules perforants auxquels aboutissent des rameaux disposés en rayons : les uns remontent et s'anastomosent avec des rameaux sous-muqueux situés plus haut, les autres descendent vers les branches ascendantes émanées de nos longs troncules d'origine.

Il résulte de là que sous la muqueuse il existe tout un système de grosses anastomoses échelonnées dans toute l'étendue du gros intestin.

A un degré moindre, ou tout au moins sous un moindre calibre, ces anastomoses longitudinales se retrouvent dans l'épaisseur de la muqueuse: si en effet on détache la muqueuse rectale d'un sujet bien injecté et si on l'applique sur une lame de verre, on est frappé, comme l'ont été

FIG. 24. — Disposition générale des veines hémorrhoïdales supérieures dans leur trajet sous-muqueux.

Richet, Fontan, etc., de la richesse de ses réseaux et de la continuité de sa circulation veineuse.

Les veines du groupe que nous venons d'étudier appartiennent au système porte et sont dépourvues de valvules.

2° *Groupe moyen.* — Ce groupe comprend toute une série de veines

qui se détachent des parois latérales du rectum au-dessus du releveur, pour aller se jeter ensuite soit dans la veine iliaque, soit dans ses affluents.

Chez l'homme, on distingue constamment des deux côtés, ou d'un seul, un groupe de veines émanées de la face antérieure du rectum, de ses parties latérales et du fond des vésicules séminales et allant se jeter par un tronc unique ou par plusieurs troncs dans les plexus latéraux de la prostate.

FIG. 25. — Réseau veineux de la muqueuse rectale.

Chez la femme, les hémorrhoïdales moyennes se disposent habituellement suivant deux groupes : l'un antérieur aboutit au plexus vaginal, l'autre postérieur se jette dans l'hypogastrique, quelquefois dans l'ischiatique.

Constamment, des anastomoses multiples relient les hémorrhoïdales moyennes aux supérieures, constamment aussi les premières ne s'injectent bien que par la mésaraïque.

3° *Groupe inférieur.* — Ce groupe répond aux veines sous-sphincté-

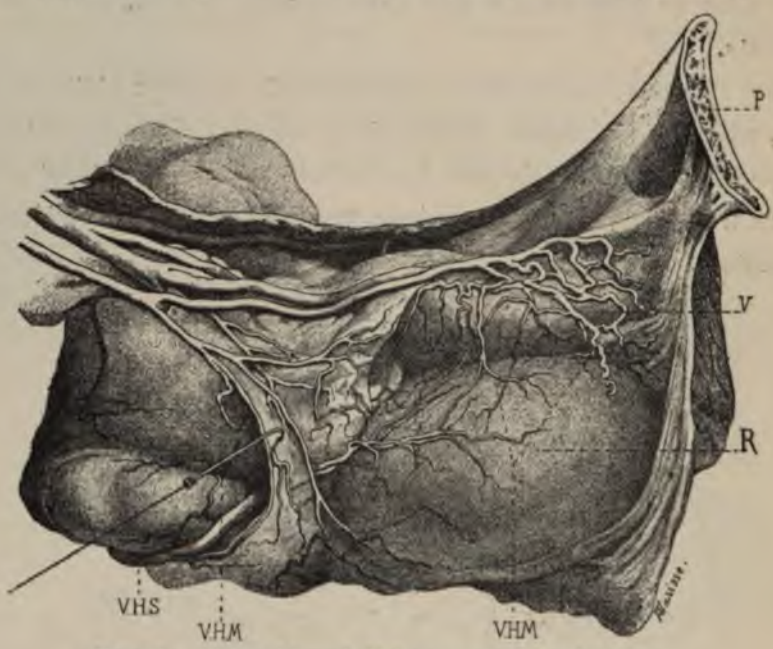


FIG. 26. — Veines hémorrhoïdales moyennes chez la femme.

V.H.S., veine hémorrhoïdale supérieure ; *V.H.M.*, veine hémorrhoïdale moyenne ; *V.*, vagin ; *R.*, rectum ; *P.*, pubis.

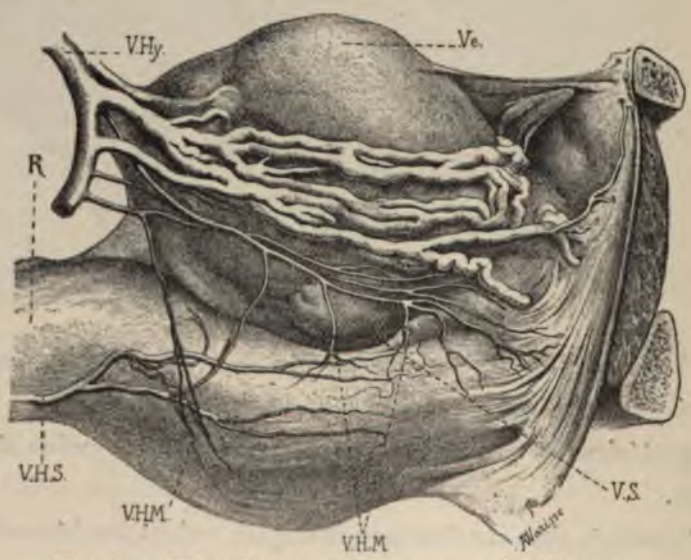


FIG. 27. — Veines hémorrhoïdales moyennes chez l'homme.

Ve., vessie ; *V.Hy.*, veine hypogastrique ; *V.H.S.*, veine hémorrhoïdale supérieure ; *V.H.M.*, veine hémorrhoïdale moyenne ; *V.S.*, vésicule séminale.

riennes et périsphinctériennes de Duret. Du pourtour de l'anus, on voit partir un réseau à larges mailles de veines auxquelles on peut, dans les

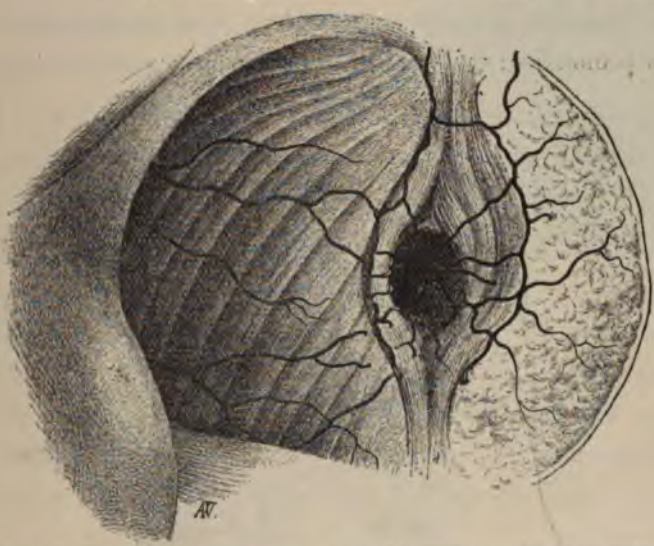


FIG. 28.— Veines de l'anus, leurs anastomoses sous-sphinctériennes avec les origines des veines hémorrhoïdales supérieures.

deux sexes, reconnaître trois directions : les veines postérieures se conti-

FIG. 29. — Veines de l'anus,

nuent avec celles du tissu cellulaire sous-cutané de la région coccygienne ;

les veines antérieures vont s'anastomoser avec les ramuscules honteux externes émanés de la commissure postérieure de la vulve ou du scrotum ; les veines latérales, les plus importantes, sont les unes superficielles, les autres profondes : celles-là croisent l'ischion puis traversent l'apo-

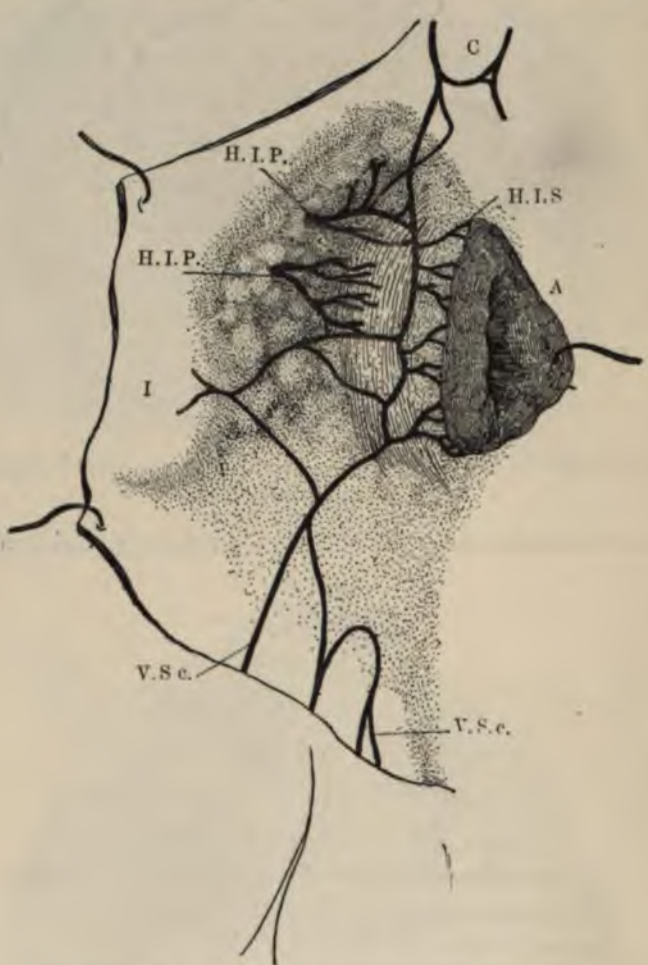


FIG. 30. — Veines de l'anus (hémorrhoïdales inférieures).

A., anus ; *C.*, coccyx ; *I.*, ischion ; *H. I. P.*, veines hémorrhoïdales inférieures péri-sphinctériennes ; *H. I. S.*, veines hémorrhoïdales inférieures sous-sphinctériennes ; *V. S. c.*, veines sous-cutanées allant s'anastomoser avec des branches des honteuses externes.

névrose fémorale et se déversent dans les veines musculaires ; les veines profondes s'enfoncent dans la graisse du creux ischio-rectal en s'étageant et aboutissent à la veine honteuse interne ; les plus élevées émergent de

la face externe du sphincter, ce sont les périsphinctériennes de Duret. Les hémorrhoïdales inférieures aboutissent en fin de compte à la saphène interne par les honteuses externes, et à l'hypogastrique par les honteuses internes.

Le groupe des veines hémorrhoïdales supérieures (veine porte) communique largement avec les deux précédents : nous connaissons ses anastomoses avec les hémorrhoïdales moyennes, les plexus latéraux de la prostate chez l'homme, les plexus vaginaux chez la femme : ses anastomoses avec les hémorrhoïdales inférieures ne sont pas moins importantes ; elles ont lieu par deux séries de ramuscules : les uns (périsphinctériens) traversent le sphincter externe, les autres croisent en séries parallèles le bord inférieur du sphincter et vont constituer ensuite le réseau péri-anal dont nous avons décrit plus haut les aboutissants.

D'autres voies de dérivation s'ouvrent encore aux veines rectales du système porte, celles signalées par l'un de nous, les veines des uretères, celles citées par Duret, les veines capsulaires, les rénales, les spermatiques, etc., par l'intermédiaire du plexus occupant le péritoine qui revêt le petit bassin, le rein, les capsules et le cordon spermatique. Nous sommes bien loin de la conception de Duret : deux circulations, l'une anale, l'autre rectale, ayant une certaine indépendance et « communiquant entre elles surtout au niveau du bord supérieur du sphincter externe ou à travers ses fibres ». En réalité, l'étude du système veineux ano-rectal nous démontre que depuis le haut de l'ampoule jusqu'à l'anus toute une série de voies anastomotiques relient d'une façon incessante les circulations porte et cave ; les injections nous prouvent que les valvules des groupes moyen et inférieur sont disposées de manière à favoriser le dégorgement de la mésaraïque.

Lymphatiques du rectum et de l'anus.

La disposition des lymphatiques ano-rectaux est à peu près calquée sur celle des veines (1). Nous pouvons ainsi admettre trois ordres de lymphatiques ano-rectaux : 1° des lymphatiques supérieurs allant aux

(1) Voyez QUÉNU. Vaisseaux lymphatiques de l'anus. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1893, p. 399.

ganglions échelonnés le long de la petite mésaraïque ; 2° des lymphatiques inférieurs, sous-jacents au releveur, allant aux ganglions inguinaux ; 3° enfin des lymphatiques moyens sus-jacents au releveur et aboutissant aux ganglions hypogastriques.

1° *Lymphatiques hémorrhoïdaux supérieurs.* — Ces lymphatiques émanent de la face postérieure des deux premières portions du rectum ;

FIG. 31. — Lymphatiques hémorrhoïdaux moyens (enfant), ganglion au-devant d'une branche de la veine hypogastrique.

V. Hy., veine hypogastrique ; le rectum (R) a été décollé de la paroi latérale du pelvis ; on le voit par sa face externe.

ils forment dans la muqueuse un réseau assez difficile à injecter. Les troncs lymphatiques émergent de la tunique musculaire à des hauteurs variables. Nous avons réussi à injecter deux troncs qui sortent du rectum au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux ischions, puis gagnent par un trajet un peu sinueux des ganglions appliqués contre les veines hémorrhoïdales supérieures.

Les ganglions hémorrhoïdaux supérieurs sont très nombreux, échelonnés le long des branches de bifurcation de la mésentérique inférieure. Nous en avons compté six à sept de chaque côté, depuis l'extrémité inférieure de l'ampoule jusqu'à la division en deux branches des mésaraïques dans le méso-rectum.

2° Les *lymphatiques hémorrhoïdaux moyens* peuvent s'injecter par l'anus, mais il faut pour cela que l'injection, franchissant l'intervalle des valvules de Morgagni, se répande dans un segment de la muqueuse rectale proprement dite, à une certaine distance du releveur. A peu près

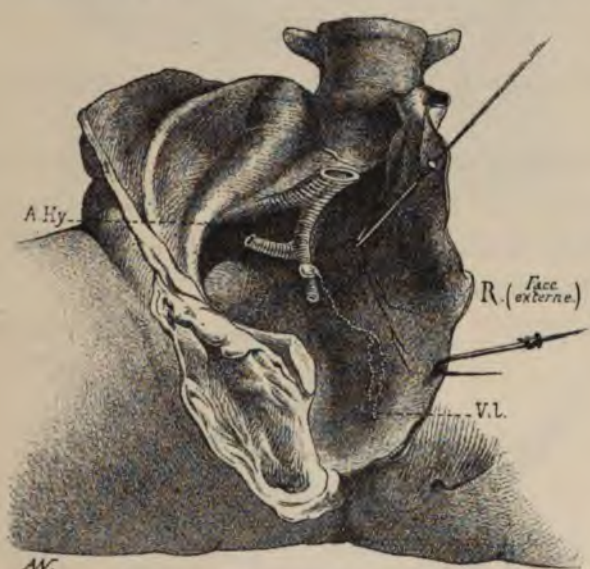


FIG. 32. — Lymphatiques hémorrhoïdaux moyens (enfant) serpentant sur la face externe du rectum et gagnant les ganglions hypogastriques.

au niveau du point où les veines hémorrhoïdales moyennes abordent le rectum, deux troncs émergent des tuniques musculaires et gagnent obliquement des ganglions appliqués près de l'échancrure sciatique contre l'hypogastrique ou ses branches. Dans ce trajet les troncs décrivent des sinuosités, parfois une véritable boucle. Nous avons vu l'un d'eux se bifurquer en deux branches. Les troncs hémorrhoïdaux moyens cheminent latéralement contre le rectum ou, chez la femme, contre le vagin parallèlement aux veines du plexus vaginal (1).

(1) M. Morau a retrouvé ces troncs qu'il décrit comme appartenant au vagin, cheminant sur

Mentionnons enfin, que, sur une préparation chez un enfant, nous avons observé un lymphatique perforant les parois rectales au niveau de la face postérieure et aboutissant par un trajet oblique de bas en haut et en

FIG. 33. — Ganglion de l'échancrure sciatique recevant un lymphatique hémorrhoïdal moyen.

dehors à un ganglion pelvien-latéral, au niveau de l'échancrure sciatique.

Il semble donc que l'étage inférieur du rectum proprement dit (notre seconde partie), envoie ses lymphatiques à la fois aux ganglions sacrés et aux ganglions hypogastriques.

FIG. 34. — Vaisseaux lymphatiques de l'anus (enfant).

3° Le réseau des *lymphatiques hémorrhoïdaux inférieurs* est raccordé au réseau rectal par des troncules qui occupent les colonnes de Morgagni, les plus nombreux et les plus gros siégeant sur les parties latérales.

Ce réseau anal est très riche, continu avec le réseau péri-anal ou de

les côtés de la cloison recto-vaginale, mais auxquels il reconnaît des afférents rectaux. (H. MORAU. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1894. Séance du 15 décembre, p. 812.)

la marge de l'anus, situé dans l'épaisseur du derme et facile à remplir de mercure.

Du réseau d'origine partent de nombreux troncules qui convergent de

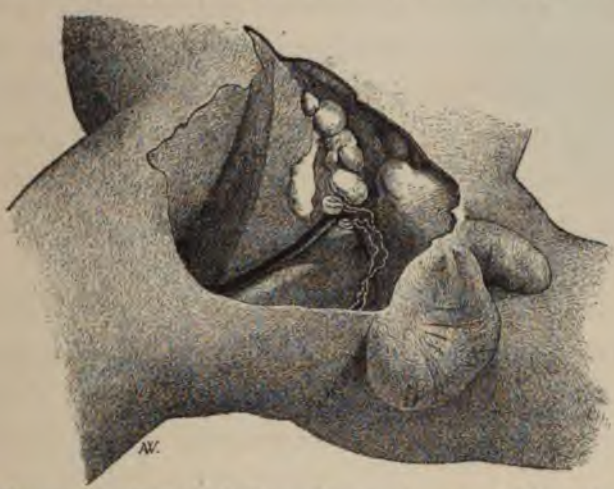


FIG. 35. — Vaisseaux lymphatiques de l'anus faisant suite aux précédents (fig. 34) et gagnant les ganglions inguinaux.

manière à constituer trois ou quatre troncs. Ceux-ci cheminent dans le

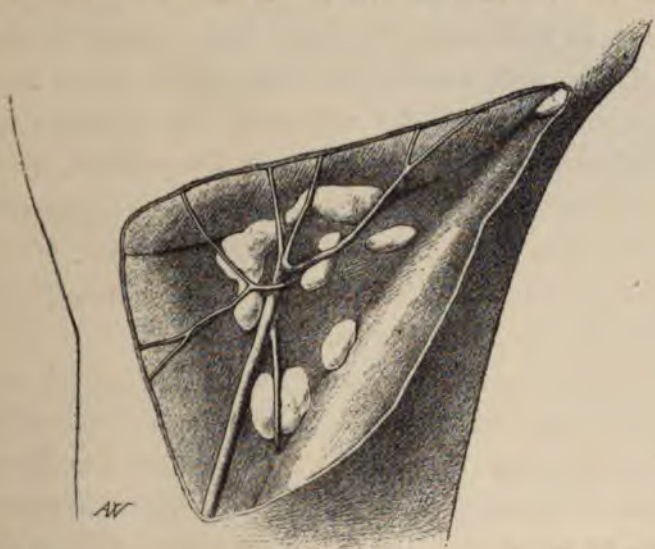


FIG. 36. — Disposition des ganglions inguinaux chez un enfant de 10 ans.

tissu cellulo-graisseux, assez rapprochés de la face profonde du derme, et remontent vers le pli de l'aine pour se jeter dans les ganglions de cette

région. Dans ce trajet les uns rampent à la face interne de la cuisse, les autres appartiennent plutôt au périnée, d'autres enfin occupent le pli cruro-périnéal. Leur direction n'est pas rectiligne, ils décrivent des flexuosités, parfois de véritables crochets; sur quelques sujets on en voit qui se bifurquent en deux branches allant converger plus loin. D'après nos recherches, les lymphatiques de l'anus se rendent en général aux ganglions les plus internes du groupe supérieur (inguinaux) et du groupe inférieur (cruraux), quelquefois à un ganglion situé en avant de l'embouchure de la saphène interne, dans quelques cas rares à la fois aux ganglions internes et aux ganglions externes de chaque groupe.

Il résulte de là qu'il est impossible, d'après le siège et la direction d'un ganglion malade, d'en inférer que son altération répond ou non à une lésion de l'anus. Inversement, une lésion de l'anus étant donnée, il convient de ne pas limiter son exploration aux ganglions les plus internes.

Nerfs du rectum et de l'anus.

Les nerfs du rectum viennent principalement du grand sympathique, quelques-uns du système cérébro-spinal. Ceux émanés du sympathique ont des origines multiples : les uns viennent du plexus mésentérique inférieur et accompagnent les vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs, d'autres naissent de la portion sacrée du sympathique, d'autres enfin arrivent au rectum par l'intermédiaire du plexus hypogastrique. Ces diverses branches, auxquelles se joignent des filets des troisième, quatrième et cinquième nerfs sacrés, forment un riche plexus qui se continue sur toute la partie terminale de l'intestin.

Plus intéressants pour le chirurgien sont les nerfs qui se rendent à l'appareil musculaire terminal du tube digestif. Ceux-ci sont formés par les troisième, quatrième et cinquième paires sacrées. Ces divers nerfs se séparent, se réunissent pour se séparer de nouveau, chaque tronc terminal naissant en général de plusieurs branches différentes. Ainsi se trouve constitué un plexus, partie intégrante du plexus sacré, assez difficile à décrire. Il est cependant possible de déterminer, sauf quelques variations individuelles, l'origine et le trajet de ces diverses branches.

Pour mettre un peu de clarté dans l'exposition, nous décrirons successivement les nerfs du releveur coccy-périnéal et ceux du sphincter.

Nerfs du releveur coccy-périnéal. — Par sa face superficielle, le releveur coccy-périnéal reçoit deux petits filets ; l'un se perd dans la partie dite muscle ischio-coccygien ; l'autre dans la partie dite releveur de l'anus. Tous deux naissent d'un tronc commun qui fournit encore une

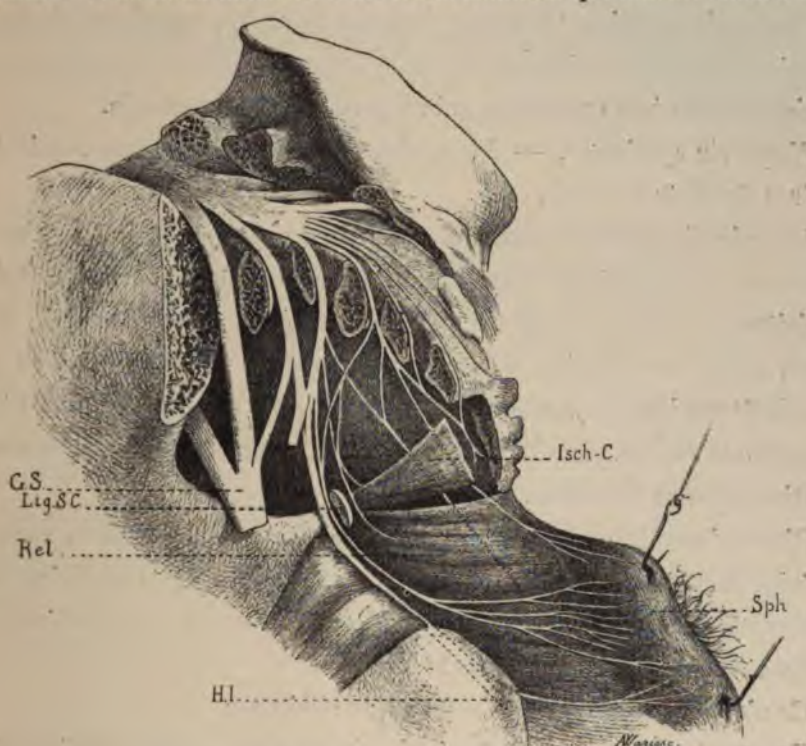


FIG. 37. — Nerfs du releveur et nerfs sphinctériens.

G.S., nerf sciatique ; *Lig.S.C.*, ligament sacro-sciatique coupé et relevé de manière à montrer le filet de l'ischio-coccygien et la branche superficielle du releveur qui passent entre ce ligament et le muscle ischio-coccygien ; *Isch.-C.*, entre ce muscle et le *Rel.*, releveur de l'anus, on voit le nerf sphinctérien postérieur et la branche profonde du releveur ; *H.I.*, nerf honteux interne auquel est accolé le nerf sphinctérien moyen et duquel se détache, au voisinage de l'ischion, le nerf sphinctérien antérieur ; *Sph.*, muscle sphincter externe.

troisième branche, allant au nerf sphinctérien moyen. Ces diverses branches naissent d'un tronc formé par la réunion de filets venus de la troisième et de la quatrième paire sacrée. Se détachant de la partie postéro-inférieure du plexus sacré, ce tronc se divise avant d'arriver au niveau de l'épine sciatique, les deux branches destinées à la face super-

ficielle du releveur coccy-périnéal passant au-dessous du petit ligament sacro-sciatique pour aborder ce muscle, alors que le troisième filet destiné au sphincter reste superficiel par rapport à ce ligament.

Par sa face profonde, le releveur reçoit un nerf plus facile à découvrir. Ce nerf se détache de la troisième paire sacrée, recevant un filet de la sixième paire et aussi, d'après Morestin (nous ne l'avons pas constaté), de la deuxième paire. Ce filet se détache de la face antérieure du plexus sacré et descend verticalement sur la face profonde du releveur pour se diviser en plusieurs rameaux qui se perdent dans le muscle.

Nerfs du sphincter. — Le sphincter externe de l'anus reçoit trois ordres de filets nerveux.

Les plus importants abordent ce sphincter par sa partie moyenne en traversant perpendiculairement la fosse ischio-rectale. Ils viennent de la troisième et de la quatrième paire sacrée. Ses deux branches d'origine, après leur réunion, forment un tronc qui marche accolé au gros nerf honteux interne, contourne avec lui l'épine sciatique et s'en sépare un peu au-dessous pour se diriger en suivant un trajet curviligne vers la partie moyenne de l'anus.

Bien qu'accolé au nerf honteux, il en est partout séparable, comme l'a spécifié M. Morestin. Arrivé au voisinage du sphincter, il se divise en un pinceau de filets nerveux. Ce nerf mériterait le nom de *nerf sphinctérien moyen.* C'est le nerf anal des auteurs.

Ce n'est pas le seul nerf se rendant au sphincter.

En avant, celui-ci reçoit une série d'autres filets, *nerfs sphinctériens antérieurs*, qui se détachent du nerf honteux un peu avant sa division en deux branches terminales.

Enfin, en arrière, le sphincter reçoit encore un filet long et grêle, *nerf sphinctérien postérieur* (1), qui se détache de la quatrième paire sacrée, peu après sa sortie du trou vertébral. Ce filet assez grêle, marche le long du sacrum et du coccyx, un peu en dehors du nerf coccygien, passe sous le muscle ischio-coccygien, puis entre celui-ci et le releveur, pour aborder superficiellement la partie postérieure du sphincter.

(1) Ce filet est décrit par MORESTIN (*Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.* Paris, 1894, p. 98) sous le nom de nerf sphinctérien accessoire.

CHAPITRE II

DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU RECTUM

En général, le malade atteint de maladie du rectum le sait et l'indique immédiatement au chirurgien qui n'a qu'à déterminer la nature de l'affection pour laquelle on vient le consulter. Toutefois il est bon de rappeler que, dans quelques cas, le malade ignore le siège de l'affection déterminant les troubles dont il souffre, et, par suite, n'attire pas directement l'attention du médecin sur la région malade, d'autant que quelquefois, par suite d'un sentiment de pudeur mal comprise, il omet de mentionner les petits symptômes qui auraient mis sur la voie. Le fait se présente en particulier chez la femme, où l'on peut croire à une affection utérine alors que c'est le rectum qui est en cause. Aussi toutes les fois qu'il y a le plus petit doute sur le siège exact de la maladie, faut-il procéder à l'examen direct du rectum. Celui-ci est commandé d'une manière absolue dans tous les cas d'obstruction intestinale, un cancer du rectum pouvant jusqu'alors être passé inaperçu. Il doit être aussi pratiqué, comme le recommandent Allingham et Ball, lors de certains symptômes assez vagues, tels que diarrhée matinale persistant pendant un temps assez long, alternant avec des attaques de constipation, dyspepsie flatulente, pesanteur pelvienne, douleur sourde le long du sacrum, etc.

Ce ne sont toutefois là que de rares exceptions, et il suffit de laisser le malade exposer les divers accidents qui l'inquiètent pour être à demi renseigné sur la nature de l'affection dont il est atteint. Pour arriver à un diagnostic précis, il faut cependant faire un interrogatoire raisonné et un examen direct aussi complet que possible.

Interrogatoire. — L'interrogatoire doit porter principalement sur les phénomènes douloureux, les écoulements anormaux, les saillies anormales, l'état des fèces expulsées, la manière dont se font les garde-robes.

1° *Douleur.* — Il ne suffit pas de savoir que le malade souffre de la région, il faut savoir dans quelles conditions se produit la douleur. Est-ce à propos de la défécation ou en dehors de la défécation ? D'une manière générale, les douleurs en rapport avec la défécation sont liées à des lésions de l'anus ; celles indépendantes de la défécation, à des lésions plus haut situées, dans le rectum. Les douleurs qui se produisent à propos de la défécation peuvent apparaître au moment même où elle a lieu : elles sont alors directement causées par le passage du bol fécal sur une ulcération, une hémorrhoïde enflammée, etc.; ou, au contraire, commencer au moment de la défécation pour augmenter progressivement, atteindre leur maximum un quart d'heure après, et persister pendant une à deux heures ; ce sont alors des douleurs causées par des crises de contracture douloureuse du sphincter, liées presque toujours à l'existence d'une fissure.

Dans quelques cas, ce n'est pas à proprement parler de douleurs que se plaint le malade, mais d'une sorte de plénitude douloureuse, avec sensation de corps étranger, fausse envie de garde-robes.

2° *Écoulements anormaux.* — Y a-t-il écoulement de sang, de pus ou de glaires ?

L'écoulement de *sang*, pour acquérir la valeur d'un signe à peu près certain de maladie du rectum, doit présenter un caractère spécial, celui de sang rouge non mélangé aux matières. Il peut couler au moment de la défécation : c'est le plus souvent un signe d'hémorrhoïdes ; ou en dehors des défécations : c'est alors le plus ordinairement un signe d'ulcération ou de néoplasme.

L'écoulement de *pus* a une grande importance. Lorsqu'il se produit constamment, il est en rapport avec une lésion locale, fistule suppurante le plus souvent ; lorsqu'il n'a lieu qu'à intervalles, sous forme de garde-robes, soit de pus mêlé à des matières fécales, soit de pus simplement, il correspond à l'évacuation d'une cavité suppurante plus haut

située que l'anus (rectite au-dessus d'un rétrécissement, ou abcès, le plus souvent génital, ouvert dans l'intestin) (1).

L'écoulement de *glaires* a aussi son intérêt. Si l'on a signalé quelques cas de leucorrhée purement anale, chez des hémorrhoïdaires, il faut bien savoir que cet écoulement correspond presque toujours à un certain degré de rectite, cas où il est habituel de voir un mélange de glaires et de pus.

3° *Saillies anormales.* — Y a-t-il une tuméfaction extérieure anale ou juxta-anale? La saillie extérieure n'apparaît-elle qu'à certains moments, à l'occasion d'une marche, d'un effort, d'une défécation ? Cette issue d'une tuméfaction à l'extérieur disparaît-elle spontanément? Le malade peut-il la rentrer ? Reste-t-elle constamment au dehors ?

4° *État des matières fécales.* — La forme anormale des matières, l'état ovillé ou rubané par exemple, n'a d'importance que si elle se répète, si elle est durable. Leur consistance a plus d'intérêt. Sont-elles fermes, ou constamment liquides ? Une diarrhée rebelle à la médication interne habituelle n'est quelquefois que le résultat de l'irritation déterminée par une lésion locale du rectum, comme le montre le résultat du traitement de celle-ci (2).

5° *Manière dont s'accomplissent les garde-robes.* — La difficulté avec laquelle se font les garde-robes n'a pas une bien grande importance. Ce qui en a beaucoup plus, c'est une constipation de longue durée.

6° L'influence de certains *états généraux* ou de certaines *lésions d'organes éloignés* étant bien établie dans la genèse de bon nombre de maladies du rectum, il est utile de s'enquérir de l'état du foie, de l'utérus, des reins, etc., de la présence de l'albumine ou du sucre dans les urines, de l'hérédité de la tuberculose, de l'existence de la syphilis, enfin du

(1) Nous disons dans l'intestin et non pas seulement dans le rectum, car il est actuellement établi que, même dans les suppurations péri-utérines, les plus fréquemment en cause, le foyer peut s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum, et qu'évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum (TERRIER et HARTMANN, 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. *Annales de gynécologie,* 1893, t. I, p. 417).

(2) GANT (S.-G.). The significance of diarrheal discharges as a symptom of rectal disease. *Mathews' medical quarterly*, Louisville, octobre 1894, t. I, p. 521.

genre de vie du malade (travail assis ou fatigues corporelles, excès de table, alcoolisme, etc.).

Examen local. — Un examen local complet est absolument nécessaire dans les maladies du rectum. Nous avons eu l'occasion de voir un malade qui avait consulté différents chirurgiens pour un écoulement sanguin par l'anus. Comme il avait quelques hémorrhoïdes extérieures, tous s'étaient contentés du diagnostic de la maladie visible. Pratiquant le toucher, nous avons trouvé à la limite du doigt un cancer déjà inopérable. C'est là une erreur malheureusement fréquente.

Pour être bien fait, cet examen direct doit être pratiqué suivant certaines règles. Toutes les fois que cela sera possible on le fera précéder, la veille au soir, d'un lavement. Celui-ci est de rigueur lorsqu'on veut se servir du spéculum rectal.

Examen de l'anus. — L'examen de l'anus est facile : il suffit, pour le faire, de mettre la région à découvert (1). Encore faut-il cependant la rendre facilement accessible au regard. Pour cela on a conseillé différentes attitudes. A la position génu-pectorale, préconisée par quelques chirurgiens, nous préférons soit le décubitus latéral, soit la position dorso-lombaire. Pour l'examen de l'anus, le décubitus latéral est le plus souvent suffisant. Pour le pratiquer avec avantage, il faut prendre certaines précautions.

L'interrogatoire préalable ayant fait connaître le côté douloureux, on fera coucher le malade sur le côté dont il souffre, de manière à avoir la lésion directement sous les yeux. C'est là un principe excellent sur lequel insiste le professeur Guyon (2). Le membre qui repose sur le lit sera en extension complète; l'autre sera fortement fléchi au-dessus, le tronc infléchi en avant. Écartant les fesses, on aura sous les yeux l'orifice

(1) Nous nous contenterons de mentionner en note les déformations de l'anus dans la pédérastie passive. Elles consisteraient, d'après Tardieu, en un développement exagéré des fesses, la déformation infundibuliforme de l'anus, le relâchement du sphincter, l'effacement des plis, les crêtes ou caroncules du pourtour de l'anus, la dilatation extrême de l'orifice, etc. D'après les examens de filles publiques que nous avons pratiqués, seuls le relâchement du sphincter et l'effacement des plis nous ont frappés.

(2) Guyon. Considérations sur l'anatomie et l'examen direct de l'anus et du rectum. *Annales médico-chirurg. franç. et étrang.*, Paris, 1888, t. IV, p. 73.

anal. La palpation permettra d'apprécier les changements de consistance du pourtour de l'anus et des régions avoisinantes, et il renseignera aussi sur l'existence ou la non-existence de points douloureux. Déplissant successivement chacune des parties qui entourent l'orifice anal, on verra un à un tous les points de la circonférence de l'anus. Pour peu qu'on prie le malade de pousser quelque peu pendant cet examen, on aura un aperçu général de la région jusqu'au niveau de la ligne muco-cutanée, et même quelquefois au delà.

Le toucher, pratiqué avec l'index, préalablement bien graissé avec de la vaseline boriquée, fait apprécier le degré de résistance de chacun des sphincters. Le doigt pénètre facilement, même dans les anus récalcitrants, pour peu qu'on ait graissé en même temps l'orifice et qu'on fasse pousser le malade au moment où l'on introduit le doigt. Plusieurs chirurgiens, entre autres le professeur Tillaux, conseillent d'appuyer d'abord l'index contre la partie postérieure de la rainure interfessière, et d'appuyer lentement l'extrémité du doigt contre la partie postérieure de l'anus pour y pénétrer. Pendant que l'index de la main droite est introduit dans le rectum, on place la gauche successivement sur chacun des points de la marge, afin d'acquérir par le palper bi-manuel des notions complètes sur les indurations péri-anales (1).

S'il existe une ulcération anale, on complète l'examen en se servant du spéculum. Celui qui nous a semblé le plus simple et le meilleur, est la petite valve de Sims. En l'appliquant sur le côté sain de l'anus, et en s'en servant comme d'un rétracteur pour celui-ci, on arrive à voir très facilement toute la partie malade du canal anal.

Enfin, dernier point qu'il ne faut pas négliger en présence d'une ulcération de l'anus, on doit toujours palper les ganglions inguinaux.

Examen du rectum. — Tandis que pour l'examen des lésions occupant les régions anales la vue joue un rôle prédominant, pour le rectum c'est le toucher qui donne le plus de renseignements.

(1) On ne pratiquera pas le toucher rectal si l'on porte sur les doigts des écorchures ou des plaies, parce qu'on ne sait jamais à l'avance si le malade n'est pas porteur localement de lésions syphilitiques, et que le danger de contamination se trouve augmenté par la pression des sphincters.

Il faut engager le doigt le plus haut possible, recueillant au passage les diverses sensations qu'il peut donner sur le calibre, la direction, la souplesse des parties. En plaçant le médius dans la rainure interfessière, et priant le malade de pousser, on arrive à explorer des parties assez éloignées de l'orifice (8 à 10 centim.).

Curling conseille, dans le cas de lésions hautes, de mettre le malade debout sur la jambe gauche, la droite fléchie, le pied reposant sur une chaise. Il pratique le toucher dans cette attitude, en priant le malade de pousser.

Nous préférons placer le malade dans le décubitus dorsal, la partie

FIG. 38. — Petite valve de Sims.

FIG. 39. - Rétracteur anal.

supérieure du tronc légèrement soulevée par des coussins, puis tandis que le doigt pénètre aussi profondément que possible, la main gauche déprime progressivement la paroi abdominale, en profitant des mouvements respiratoires pour amener les parties malades jusqu'au contact du doigt rectal. Chez la femme l'association du toucher vaginal au toucher rectal ne doit pas être négligée. Enfin toutes les fois qu'on fera le toucher rectal on devra refaire, en ramenant doucement le doigt, une exploration en quelque sorte rétrograde des parties. C'est le seul moyen de ne pas laisser échapper certaines tumeurs molles qui, telles que les

polypes muqueux, peuvent fuir devant le doigt lors de son introduction.

On a conseillé de faire plus, et d'introduire la main entière dans le rectum, après anesthésie du malade et dilatation de l'anus (1). Simon (de Heidelberg), qui le premier a conseillé l'introduction de la main entière dans le rectum comme moyen de diagnostic, opère de la manière suivante (2) :

Plaçant le malade dans la position génu-pectorale, il introduit un long tube de caoutchouc flexible dans le rectum, et injecte dans le côlon une grande quantité d'eau chaude à l'aide d'un entonnoir. Baissant ensuite celui-ci au-dessous du malade, il vide, par le mécanisme du siphon, l'eau qu'il a injectée, et débarrasse ainsi le côlon de toutes les matières fécales qu'il contient; ceci fait, plaçant le malade dans la position dorso-lombaire, il l'endort. Après dilatation du sphincter, il introduit deux doigts dans l'anus, puis trois, puis quatre, puis le pouce. Les disposant en cône, il les pousse progressivement jusqu'à ce que la main entière ait pénétré dans le rectum (3). Il attend alors un instant que le spasme ait cessé, puis, ouvrant et fermant alternativement les doigts, il dilate progressivement l'intestin. On peut ainsi explorer 17 à 19 centimètres de rectum.

Walsham, se fondant sur des expériences cadavériques, a montré que la main pouvait aller plus loin jusque dans le côlon descendant, sans causer de ruptures (4). On a même dit que la main, ainsi introduite, pouvait explorer le foie, la rate, les reins.

Ce qu'il y a de certain, c'est que ces manœuvres ne sont pas innocentes, et que plusieurs fois elles ont amené la mort du patient (5).

(1) L'introduction de la main entière dans le rectum avait déjà été pratiquée plusieurs fois avant les recherches de Simon, mais dans un but différent, celui de retirer des corps étrangers.

(2) SIMON (G.). Ueber die Künstliche Erweiterung des Anus und Rectum zu diagnostischen, operativen und prophylactischen Zwecken, und über deren Indicationen bei chirurgischen Krankheiten des Mastdarms. *Archiv. für klin. Chir.*, Berlin, 1872, t. XV, p. 99.

(3) Pour que la main pénètre, il est quelquefois nécessaire de faire deux petites incisions à la peau de la région antérieure de l'anus ; on ne doit pas hésiter à les pratiquer, dit Esmarch, toutes les fois que la peau mince menace de se déchirer.

(4) WALSHAM. Some remarks on the introduction of the whole hand into the rectum ; *St-Bartholomew's Hospital Reports*, London, 1876, t. XII, p. 223.

(5) Nous en relevons deux cas dans WEIR : On the dangers of intrarectal examination, *New-York Medical Record*, 20 mars 1875, t. I, p. 201 ; un dans DITTEL : *London Medical Record*, 15 juillet 1875 ; deux dans HESLOP : On the danger of forcible distension of the rectum in

Aussi cette pratique, adoptée avec certaines restrictions par Curling, par Allingham, par Ball, n'a-t-elle guère été employée en France.

Nous serions plus portés à suivre la pratique indiquée par Worthington : celui-ci conseille, quand on a de fortes raisons de soupçonner un rétrécissement haut placé, de pratiquer l'exploration intra-abdominale par une incision inguinale. Cette laparotomie exploratrice est sans danger et permet, s'il y a lieu, d'établir l'anus iliaque séance tenante (1).

L'examen du rectum *de visu* peut être pratiqué de diverses façons, soit en amenant par des manœuvres appropriées la muqueuse rectale à l'extérieur, soit en recourant à l'emploi de spéculums qui permettent au regard de plonger directement dans la cavité intestinale.

L'*éversion* de la muqueuse a été obtenue de deux manières différentes : Chassaignac (2) introduisait dans le rectum un petit ballon de caoutchouc qu'il insufflait une fois introduit, puis qu'il ramenait à lui, renversant ainsi la muqueuse rectale, et l'attirant au dehors. C'est un procédé qui ne donne de résultats que lorsqu'il y a tendance au prolapsus.

Chez la femme, Storer (3) en Angleterre, plus tard Tarnier en France ont conseillé d'introduire un doigt dans le vagin, puis de le recourber en crochet, de telle sorte que son extrémité appuie sur la cloison recto-vaginale, à quelques centimètres au-dessus du sphincter anal. Le doigt recourbé est poussé lentement et progressivement en arrière et en bas, de manière à déprimer fortement la cloison recto-vaginale comme pour la faire sortir par l'anus. Sous l'effort produit, bientôt le périnée bombe, l'anus s'entr'ouvre, et la muqueuse rectale apparaît. Si l'on continue à pousser, le doigt franchit l'anus de haut en bas et se montre à l'extérieur coiffé par le rectum qui est retourné en forme de doigt de gant. Ce retournement

cases of obstruction of the bowels. *Lancet*, London, 11 mai 1872, t. I, p. 646 ; un dans DANDRIDGE : Manual exploration of the rectum, with the report of a case followed by rupture of bowel and fatal peritonitis. *Cincinnati Lancet*, 1876, t. XIX, p. 441 ; observation traduite in *Bullet. génér. de thérap.*, Paris, 1876, t. XC, p. 481.

(1) WORTHINGTON. Systematic examination for rectal diseases. *Med. News*, Philad., 1892, t. LX, p. 197. Nous ne parlons pas de l'emploi des bougies, sujettes à s'arrêter dans des plis de muqueuse, et que nous retrouverons lorsque nous étudierons les rétrécissements du rectum.

(2) CHASSAIGNAC. Article Anus, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re sér., t. V, p. 458.

(3) STORER (H. R). On an improved method of examining and surgically treating the female rectum. *Lancet*, London, 1873, t. I, p. 766.

se produit sur une hauteur de 3 centimètres à partir de l'anus (Tarnier). C'est un moyen un peu douloureux qui n'est guère applicable que chez les femmes ayant antérieurement eu des enfants, et qui ne permet d'examiner que la paroi antérieure de la région ano-rectale (1).

L'emploi des *spéculums* est au contraire beaucoup plus répandu. Les uns sont en forme de tube, comme le spéculum de Fergusson, miroir

FIG. 40. — Éversion de la muqueuse rectale.

recouvert de gomme; d'autres sont en forme de cône, soit s'ouvrant sur le côté et au bout, soit fermés et possédant une paroi latérale mobile; d'autres se composent de plusieurs valves qu'on écarte les unes des autres par la pression des branches du manche (spéculum d'Amussat, de Trélat, de Nicaise).

(1) TARNIER (S.). De l'examen extérieur de la muqueuse rectale à l'aide du retournement. *Annales de gynécologie*, Paris, 1881, t. I, p. 321.

Quel que soit le modèle employé, le spéculum doit avoir partout des bords bien mousses, et être introduit avec beaucoup de précaution et de

FIG. 41. — Spéculum tubulaire.

FIG. 42. — Spéculum conoïde.

FIG. 43. — Spéculum fenêtré.

douceur, afin de ne pas blesser la muqueuse rectale et la peau fine de l'anus.

Lorsqu'on emploie des spéculums à plusieurs valves, il faut avoir soin,

FIG. 44. — Spéculum de Trélat.

FIG. 45. — Spéculum de Nicaise.

lorsqu'on les retire, de ne pas les refermer complètement, afin de ne pas pincer les petits plis de muqueuse qui peuvent s'y engager.

Les deux modèles de spéculum le plus généralement employés sont le petit Fergusson et la valve de Sims (1) que l'on introduit le malade étant placé soit dans la position génu-pectorale conseillée par Allingham, soit dans la position dorso-lombaire plus généralement employée.

Lorsque l'on place un coussin sous la région sacrée, de manière à maintenir le siège plus haut que le thorax, l'intestin s'abaisse vers le diaphragme, et l'on peut, dit Esmarch, voir toute la hauteur du rectum, fait que nous avons constaté à diverses reprises (2). Mais pour pratiquer commodément ces examens, il faut avoir un bon éclairage, et opérer sur un malade endormi (3) dont on dilate l'anus, ces diverses manœuvres ne laissant pas que d'être assez douloureuses (4). Aussi, dans l'immense majorité des cas, dès qu'il s'agit de lésions un peu haut situées dans le rectum, se contente-t-on du toucher, qui donne des résultats d'autant plus parfaits que le chirurgien a le doigt plus exercé.

(1) Il est bon de n'employer que des valves à une seule branche, pour éviter d'être gêné par la pression de la deuxième valve contre le périnée.

(2) Otis (W.S.). *Anatomische Untersuchungen am menslichen Rectum und eine neue Methode der Mastdarminspection*, Leipzig, 1887, conseille de recourir à la position génu-pectorale. Dans cette attitude, l'anus étant maintenu entr'ouvert par un rétracteur, le rectum est distendu, comme le vagin dans les mêmes conditions, et l'on peut éclairer sa cavité avec une lumière électrique ou le miroir frontal.

(3) Le plus souvent nous n'avons pratiqué cet examen *de visu* qu'au début d'une opération, pour préciser quelques points spéciaux du diagnostic; nous nous trouvions donc en présence de malades endormis. Dans les cas où, en l'absence de toute intervention, on tiendrait à pratiquer cet examen, plutôt que de recourir à l'anesthésie générale on pourrait peut-être n'employer que l'anesthésie locale, obtenue par des injections d'une solution de cocaïne.

(4) Lorsqu'on opère sans anesthésie on doit recourir de préférence au spéculum cylindrique pour voir les parties profondes du rectum ; à la petite valve de Sims pour examiner successivement les divers points de la circonférence du canal anal.

CHAPITRE III

INFLAMMATIONS SIMPLES ET SPÉCIFIQUES

I. — Rectites non spécifiques

L'inflammation du rectum peut n'être que le résultat de la propagation d'une inflammation occupant le reste du gros intestin (colite ou entérocolite). Elle ne constitue alors qu'un point secondaire de la maladie principale, et n'intéresse que peu le chirurgien; de même les rectites aiguës dysentériques, diphtéritiques, dothiénentériques, les rectites médicamenteuses, etc., relèvent de la pathologie interne, à moins qu'elles ne laissent à leur suite des inflammations chroniques ou des ulcérations persistantes (1). Nous ne nous y arrêterons donc pas.

Les manifestations ano-rectales de la blennorrhagie, de la tuberculose, de la syphilis seront, vu leur importance et leur nature bien déterminée, décrites dans des chapitres spéciaux. Nous limiterons donc notre étude des rectites aux cas ne répondant pas aux inflammations causées par un agent bien déterminé.

Ainsi limitée, cette étude des rectites doit être divisée en deux parties, les symptômes et le traitement présentant de grandes différences suivant qu'il s'agit d'un état aigu ou d'un état chronique.

A. — Rectites aiguës.

Étiologie. — Cette inflammation résulte le plus souvent de la présence d'une lésion locale (hémorrhoïdes, prolapsus, polype, etc.), de

(1) Voir plus loin le chapitre : Des ulcérations du rectum.

l'action irritante de corps étrangers introduits volontairement ou accidentellement, de celles de masses fécales durcies, de vers intestinaux (surtout chez l'enfant) (1); enfin elle se développe par suite de la propagation d'une inflammation voisine (prostate et vésicules séminales chez l'homme, organes génitaux chez la femme).

On a encore vu la rectite succéder à l'abus de purgatifs, surtout des purgatifs drastiques (aloès, rhubarbe, coloquinte, gomme-gutte, etc.). Enfin des lavements, des suppositoires irritants ont pu déterminer le développement d'une inflammation du rectum.

L'action de certaines autres causes, quelquefois invoquées, nous paraît moins bien démontrée : tel un accouchement pénible (Robert, Brodie), le fait de s'asseoir sur un siège froid ou humide (Esmarch, Kelsey).

L'influence de la goutte semblerait établie dans une observation de Curling. Celui-ci dit avoir observé un goutteux qui, à plusieurs reprises, fut, à la suite de refroidissements, atteint de catarrhe du rectum ou d'attaques de goutte.

Symptômes. — La rectite aiguë se manifeste par une sensation de chaleur et de pesanteur locales, par des douleurs dans la région sacrée, douleurs qui s'irradient quelquefois dans les organes voisins, utérus et vessie, dans les lombes et dans les cuisses. Ces douleurs augmentent par la station debout et diminuent par le décubitus; les selles sont douloureuses, augmentées de nombre, striées de mucus, de pus et de sang. Parfois il y a de la diarrhée (2). De plus, il y a du ténesme, de fausses envies, qui n'aboutissent qu'à l'expulsion douloureuse de quelques glaires. L'anus est rouge et douloureux. Chez l'enfant, plus souvent atteint que l'adulte de rectite aiguë, il est fréquent de voir consécutivement à l'œdème des parties un prolapsus partiel de la muqueuse, décrit par Roser sous le nom d'*ectropion recti*, par comparaison avec celui qu'on voit à la suite

(1) Dans tous ces cas, la rectite n'est peut-être que la conséquence indirecte de ce que l'on est convenu de regarder comme sa cause, la lésion traumatique légère ou grave déterminée par celle-ci ouvrant une porte aux germes infectieux normalement contenus dans le rectum, et leur permettant de provoquer le développement d'un processus inflammatoire.

(2) Cette diarrhée résulte du retentissement de la lésion rectale sur le reste de l'intestin; il se passe là un fait comparable à celui qui consiste à provoquer des garde-robes en introduisant dans l'anus de petits cônes de savon ou des glycéricônes.

du chémosis de la conjonctivite aiguë. Cet état aigu s'accompagne assez fréquemment d'un léger mouvement fébrile.

Le toucher est douloureux, le doigt ramène du mucus sanguinolent. Le spéculum, que l'on ne peut employer qu'après anesthésie, vu les douleurs que provoque son introduction, fait, dit Esmarch, constater les caractères suivants : la muqueuse est saillante, mamelonnée, assez sèche et rouge foncé ; elle est parcourue par des veines gonflées. Au niveau des plis de muqueuse, on voit parfois de petites escarres diphtéroïdes jaunâtres, de telle sorte que la surface paraît saupoudrée de son.

Au bout de quelques jours les symptômes s'amendent, et le malade guérit. Dans d'autres cas, l'affection passe à l'état chronique, ou bien encore elle est le point de départ d'ulcérations ou de suppurations périrectales.

Traitement. — Le traitement doit tout d'abord s'adresser à la cause. Contre l'inflammation on recourra, dans les cas très aigus, au repos au lit, au régime lacté et aux bains ; sans purger les malades on cherchera à obtenir des garde-robes faciles à l'aide de laxatifs salins à petites doses. Cela vaut mieux que de donner des lavements, qui sont souvent une cause de douleurs. Ball conseille encore l'usage de suppositoires iodoformés et belladonés. Les suppositoires à la cocaïne nous ont aussi rendu des services (1).

Pour calmer les douleurs on emploiera quelquefois avec avantage le laudanum soit sous forme de petits lavements laudanisés, soit à l'intérieur à l'état de gouttes dans de l'eau ou à l'état de gouttes noires.

B. — Rectites chroniques.

La rectite chronique peut succéder à la rectite aiguë, ou se développer d'emblée à la suite des mêmes causes. Elle reconnaît aussi quelques causes spéciales : le chancre de l'anus, les plaques muqueuses, la pédérastie passive, etc.

(1) Tuttle dit que la dilatation des sphincters, après anesthésie générale, procure un grand soulagement aux malades (TUTTLE, Acute inflammatory, hypertrophic and atrophic proctitis. *Mathews' medical quarterly,* Louisville, 1894, t. I, p. 7).

Anatomie pathologique. — L'inflammation chronique peut rester limitée à la surface de la muqueuse, constituant un simple catarrhe de celle-ci : c'est en particulier ce qui arrive dans la rectite des hémorrhoïdaires.

L'inflammation peut aussi s'étendre vers la profondeur, aboutissant ainsi à créer des variétés de rectites d'un pronostic beaucoup plus grave. Tantôt il y a simplement état granuleux de la muqueuse (rectite granuleuse), tantôt celle-ci est épaissie, sèche, sans élasticité, tantôt enfin il y a production, à la surface de la muqueuse, de saillies végétantes (rectite proliférante). Il n'est pas absolument exceptionnel, du reste, de voir ces diverses variétés se combiner entre elles.

Un point anatomo-pathologique qui nous a frappé, c'est la disparition de l'épithélium cylindrique, qui est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié avec couche cornée. La substitution se fait d'abord au niveau des parties saillantes, si bien que, sur une même coupe histologique, on peut quelquefois voir à la fois de l'épithélium pavimenteux stratifié sur les parties saillantes, et de l'épithélium cylindrique à une seule couche au fond des sillons.

Obs. I. — *Rectite chronique avec lésions inflammatoires diffuses. Colotomie iliaque.* — X..., 60 ans, consulte à Vienne pour une affection oculaire. Pendant deux ans on chercha à établir une dérivation de l'inflammation sur la partie terminale du tube digestif. Pendant tout ce temps le malade prit des quantités considérables d'aloès, des infusions purgatives de thé St-Germain, etc. Il éprouva à la suite de ce traitement des douleurs au niveau de l'anus, et à chaque garde-robe rendit, suivant son expression, « du sang comme une pompe ».

Souffrant toujours, il partit à Berlin consulter de Graeffe, qui condamna formellement le traitement institué à Vienne.

Depuis deux ans, les symptômes rectaux ont pris beaucoup plus d'importance. Il y a du sang dans les garde-robes, du ténesme. Chaque jour, après une garde-robe à peu près normale, il a plusieurs petites selles pénibles, douloureuses, aboutissant à l'évacuation d'un peu de liquide muco-purulent, poisseux, d'odeur infecte, de couleur café au lait, occasionnant, au moment de son passage, une cuisson à l'anus. En même temps, amaigrissement, perte de l'appétit. Pas de syphilis.

Plusieurs chirurgiens pensèrent à un épithélioma diffus du rectum, mais finalement on s'arrêta, à la suite d'une consultation entre MM. Guyon, Panas et Quénu, au diagnostic de rectite chronique déterminée par les traitements imposés au malade. On décida dès lors de faire un anus artificiel, pour permettre aux lésions rectales de s'amender.

Le 4 juillet 1893, colotomie iliaque en un temps, par M. Quénu. Les parois rectales sont sèches, rigides, ont perdu leur élasticité ; il n'y a pas de rétrécissement, mais dispa-

rition complète de l'extensibilité. On constate, de plus, quelques petites végétations. Le doigt ramène un peu de pus fétide. Profitant de ce que le malade est endormi, on excise un petit fragment de la muqueuse rectale pour en faire l'examen histologique.

Le 11. On pratique par l'anus artificiel des lavages du bout inférieur à l'eau naphtolée. L'état du rectum s'améliore progressivement, et le 28 juillet le malade peut quitter Paris très amélioré. Il n'y a plus aucune douleur ni aucun écoulement purulent par le rectum.

Examen histologique, par M. Toupet, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté. — Sur de petits fragments on trouve une muqueuse qui est complètement transformée en peau, excepté au niveau d'un enfoncement profond où l'on retrouve des culs-de-sac glandulaires et l'épithélium cylindrique de la muqueuse normale du rectum.

Au-dessous on trouve la sous-muqueuse considérablement épaissie, avec une zone embryonnaire immédiatement sous-jacente à la couche épithéliale.

Plus profondément, des faisceaux conjonctifs plutôt lâches, contenant très peu d'élé-

Fig. 46. — Rectite avec lésions inflammatoires diffuses (Obs. I, préparation de M. Toupet). Sur cette préparation on voit l'infiltration embryonnaire du tissu sous-muqueux. On assiste, de plus, à la substitution de l'épithélium pavimenteux *ep*, à l'épithélium cylindrique *ec*, dont on ne retrouve plus que des vestiges au fond des sillons de la muqueuse.

ments colorés par le carmin, légèrement granuleux. Au milieu de ce tissu conjonctif lâche on trouve des traînées embryonnaires qui sont diffuses; certaines paraissent bien suivre les vaisseaux, mais elles ne sont pas nettement limitées et ne donnent jamais l'aspect des nodules circonscrits qu'on voit dans certains rétrécissements. Ces traînées inflammatoires diffuses s'observent également autour des vaisseaux de moyen calibre, mais les artères ne présentent pas la moindre trace d'endartérite.

La coupe ne comprend pas les couches musculaires.

En somme, il y a là des modifications de la muqueuse qui sont analogues à celles qu'on trouve dans tous les rétrécissements, mais dans la sous-muqueuse qui est épaissie le tissu conjonctif est surtout formé de faisceaux lâches, comme œdématiés, traversé par des

traînées inflammatoires diffuses suivant les vaisseaux, sans qu'il y ait d'endartérite sur les coupes que nous avons examinées.

Cette substitution de l'épithélium pavimenteux à l'épithélium cylindrique était des plus nettes dans cette observation ; nous la retrouverons plus tard, lorsque nous étudierons l'anatomie pathologique des rétrécissements.

L'infiltration inflammatoire des tuniques rectales se fait sous forme de traînées embryonnaires diffuses, suivant les vaisseaux, sans que ceux-ci présentent la moindre altération.

Dans la forme proliférante il y a formation, à la surface de la muqueuse, de mamelons et même de tumeurs plus volumineuses, assez fermes, atteignant les dimensions d'une cerise, et pouvant alors se pédiculiser. Dans un cas de Reclus, l'examen fait par M. Malassez a donné les résultats suivants : « La surface de ces tumeurs possède un revêtement épithélial pavimenteux au-dessous duquel on trouve du tissu conjonctif de type normal avec ses fibres élastiques nombreuses, ses faisceaux de fibres musculaires lisses, des vaisseaux abondants et volumineux qui irriguent le néoplasme en tous sens (1). » En somme, il s'agit là, dit M. Malassez, de productions comparables au *molluscum cutané*. L'examen, fait par Hamonic, d'une de ces petites tumeurs, enlevée par Trélat, a donné des résultats à peu près identiques : revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié, centre fibro-embryonnaire avec quelques tractus fibreux.

Chez d'autres malades, les productions saillantes à la surface de la muqueuse, au lieu de rappeler par leur structure celle du molluscum cutané, se rapprochent des *papillomes*. Tel était le cas du malade dont nous donnons l'observation.

(1) Reclus (*Arch. gén. de méd.*, 1885, t. II, p. 271) a décrit ces tumeurs sous le nom de molluscums fibreux de la région ano-rectale. Cherchant surtout à différencier le cas, qu'il avait observé, des rétrécissements syphilitiques, il n'a pas vu l'origine inflammatoire de ces productions. — Hamonic (*De la rectite proliférante*, Paris, 1885), Delbet et Mouchet (*Arch. gén. de méd.*, 1893, t. II, p. 526) les rapprochent de la tumeur villeuse des Anglais. C'est là une erreur : comme nous le verrons quand nous étudierons les néoplasmes du rectum, la tumeur villeuse des Anglais est un épithélioma cylindrique.

Obs. II. — *Ano-rectite papillomateuse. Ablation de la muqueuse malade. Suture de la muqueuse rectale à la peau.* — P. B..., 47 ans, entre, le 30 mars 1892, salle Jarjavay, hôpital Bichat.

Pendant son enfance ce malade a joui d'une santé médiocre, et a été un peu chétif. A 16 ans, devenu plus solide, il a pu prendre part aux travaux de la campagne, et a fait par la suite son service militaire, sans contracter la moindre maladie. Venu à Paris, comme cocher, il a eu plusieurs blennorrhagies, mais jamais d'accidents syphilitiques.

A l'âge de 40 ans, après avoir eu des coliques et une diarrhée abondante pendant un temps assez long, il a commencé à souffrir de l'anus ; les douleurs existant au moment de la défécation, et allant croissant, il entre, il y a dix-huit mois, dans le service du professeur Terrier, où notre ami M. Auguste Broca l'opéra d'une fistule à l'anus ; constatant à côté de la fistule la présence de productions végétantes, il en fit l'excision.

Depuis l'intervention de notre collègue Broca, les symptômes ne se sont pas amendés. Le malade a continué à souffrir et à rendre du pus par l'anus.

Le père est mort à 84 ans, la mère à 65, probablement d'un cancer du rectum. Une sœur serait morte d'un cancer du sein.

4 avril 1892. A l'examen de l'anus on constate, immédiatement à droite de la ligne médiane antérieure, une production du volume de l'extrémité du doigt, papillomateuse, un peu aplatie dans le sens de la rainure interfessière, présentant au milieu de son insertion une petite ulcération. En arrière et à gauche, un pli rayonné est considérablement hypertrophié, et affecte une forme papillomateuse. Pas d'ulcération à son niveau.

En déplissant fortement l'anus, on constate qu'il existe à l'intérieur du canal anal une série de petites végétations et quelques ulcérations fissuraires, peu saignantes, non bourgeonnantes. A droite, entre les deux productions papillomateuses, se trouve une ligne blanchâtre d'apparence cicatricielle.

Le doigt, introduit dans l'anus, constate l'existence d'une surface inégale, occupant toute la périphérie du canal anal, présentant des parties un peu indurées et remontant jusqu'à 2 ou 3 centim. au-dessus du canal anal.

Pas de contracture du sphincter.

Le malade étant anesthésié, nous repratiquons le toucher rectal qui nous fait constater l'existence, sur toute la périphérie de l'anus, d'inégalités, de saillies non saignantes et ne présentant pas l'induration propre aux néoplasies épithéliales.

Avec le spéculum de Nicaise, nous examinons de visu l'état des parties.

Les lésions occupent toute la périphérie du canal anal, et s'étendent aux derniers centimètres de la muqueuse rectale. Celle-ci est saine au-dessus, et la limite des parties malades se fait suivant un contour assez régulièrement circulaire.

Sur les parties malades, la muqueuse présente des tractus verticaux grisâtres, d'apparence cicatricielle, entre lesquels existent des ulcérations fissuraires, peu profondes, à grand axe vertical. Les dépressions normales en nid de pigeon ont disparu complètement. Çà et là, on voit disséminées des végétations du volume d'un grain de chènevis à un pois chiche, sessiles ou un peu pédiculées, rouges, mais peu saignantes cependant au frottement.

M. Hartmann extirpe par dissection cette muqueuse malade, en conservant le sphincter en dedans duquel chemine le bistouri, puis il attire en bas la muqueuse rectale saine qu'il abaisse à travers les sphincters conservés et qu'il suture à la peau.

Un drain entouré de gaze iodoformée est placé dans le rectum, un tampon iodoformé sur la suture. Gaze et ouate. Guérison. Quelques points ont coupé et suppurent un peu.

Le 4 mars 1894, deux ans après l'opération, le malade nous écrit : « Votre opération a beaucoup soulagé mes douleurs, cependant il coule toujours un peu de pus. J'éprouve des démangeaisons. Je mange assez bien, mais je digère très mal. J'ai des gargouillements dans le ventre, et il m'arrive quelquefois d'aller le matin huit à dix fois à la selle avant le déjeuner ».

Examen histologique, par M. Toupet. — Sur une coupe verticale on trouve, en allant de la peau vers la cavité rectale : le tégument avec un poil, une région de petites papilles très régulières ; puis brusquement les papilles disparaissent, le tégument devient simplement corné, sans papilles ni couche malpighienne ; plus haut, les papilles reparaissent beaucoup plus volumineuses, au point de ressembler à un véritable papillome, surtout au niveau d'une espèce de bourgeon arrondi presque pédiculé.

Le tissu sous-jacent est formé, au niveau du poil, de tissu conjonctif assez dense ;

Fig. 47. — Ano-rectite papillomateuse (Obs. II, préparation de M. Toupet) :
On voit sur ce point de la coupe le développement exagéré des papilles *p*. En *ep*, on voit l'épithélium pavimenteux.

à mesure qu'on remonte, on trouve dans ce tissu fibreux de grandes cavités vasculaires arrondies, sans épaississement des parois. Enfin plus haut il y a un tissu conjonctif plus lâche, mais ne présentant pas de traces bien nettes d'inflammation.

Sur d'autres coupes, on trouve une charpente formée de vaisseaux assez volumineux enveloppés d'une couche de tissu conjonctif dense et épais, formant des prolongements en massue. A la périphérie on voit un corps papillaire avec un épithélium pavimenteux stratifié à couche cornée extrêmement épais en certains endroits, plus mince en d'autres, surtout dans les régions où il s'enfonce entre deux végétations. Les vaisseaux ne présentent aucune altération. Au milieu des végétations les plus volumineuses on trouve quelques fibres musculaires lisses.

Ces diverses lésions peuvent s'associer, ou, au contraire, l'une d'elles peut prédominer au point de constituer à elle seule à peu près toute l'affec-

tion. Lorsque l'infiltration inflammatoire s'étend assez profondément dans l'épaisseur des tuniques rectales, elle peut, avec le temps, se transformer en tissu fibreux, et l'on se trouve en face d'une variété de rectite non plus simplement proliférante, mais proliférante et sténosante, variété que nous retrouverons lorsque nous étudierons les rétrécissements inflammatoires du rectum.

Symptômes. — Dans sa forme inflammatoire simple, *catarrhale*, la rectite chronique ne se traduit que par un peu de pesanteur pelvienne et par un écoulement plus ou moins abondant de mucus ou de muco-pus, survenant à la suite d'efforts d'expulsion, ou filtrant d'une manière à peu près constante par l'anus. A ce mucus sont souvent mêlées des masses semblables à du tissu gélatineux ou à des morceaux de tapioca cuit. Mais, en somme, à part l'écoulement anormal et un sentiment de plénitude locale, souvent le malade ne souffre aucunement.

Dans les autres formes, les symptômes sont des plus variables, suivant l'étendue et la gravité des lésions inflammatoires rectales. Certaines formes de rectite chronique demandent même à être cherchées.

Obs. III. — *Rectite granuleuse chez une pédéraste.* — F..., 16 ans, en traitement à l'infirmerie de St-Lazare, dans le service de notre ami le Dr Jullien, pour une vaginométrite blennorrhagique.

22 octobre 1894. Cette malade, qui se livre couramment à la sodomie, a un anus infundibuliforme, avec disparition partielle des plis. Un peu à droite de la ligne médiane antérieure de l'anus, on trouve une petite ulcération d'apparence fissuraire, arrondie lorsqu'on l'étale, à fond plat, peu suppurant. On ne trouve pas de gonocoques à la surface de cette ulcération.

Au toucher, la muqueuse rectale a perdu son velouté normal, et donne une sensation grenue, plus rèche qu'une muqueuse saine. Le doigt ne trouve cependant aucun épaississement appréciable. Avec une petite valve de Sims, placée sur la commissure postérieure, on constate que la partie inférieure du rectum, dans l'étendue de 4 centim. au-dessus du sphincter, a un aspect chagriné à gros grains. Ces grains, du volume d'un grain de mil, arrivent presque au contact les uns des autres; ils ont une coloration légèrement grisâtre, et sont séparés par des parties plus teintées en rouge. La surface s'excorie facilement.

Inférieurement, les lésions s'arrêtent au niveau du bord supérieur du sphincter. A part la petite ulcération de la marge, la région sphinctérienne est saine. Supérieurement, les lésions vont en dégradant jusqu'à une muqueuse saine. La paroi postérieure du rectum, tout en étant par places légèrement exulcérée, est loin de présenter des lésions aussi accentuées que l'antérieure.

La malade n'accuse aucun trouble fonctionnel.

Peut-être les *rectites granuleuses* de l'ordre de celle dont nous venons de relater l'histoire sont-elles beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. Il est certain que si nous n'avions pas pratiqué chez cette femme le toucher rectal, à la recherche de rectite, nous l'aurions laissée passer inaperçue.

Toutes les rectites chroniques ne revêtent malheureusement pas des allures aussi bénignes que celle que nous venons de décrire. Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle les symptômes ont été peu marqués, la rectite chronique arrive à déterminer des accidents en somme assez graves. Les uns sont sous la dépendance d'un rétrécissement ou d'ulcérations du conduit, et seront décrits plus tard (1). Les autres sont sous la dépendance directe de la rectite, en l'absence de toute sténose ou de toute ulcération méritant réellement ce nom.

Dans ces *rectites chroniques graves*, la muqueuse s'épaissit et s'indure; elle perd sa souplesse ; sa surface est plus rêche que normalement, quelquefois exulcérée par places; ses plis sont augmentés de dimension. Il se fait un écoulement muco-purulent, strié de sang ; les envies plus fréquentes n'aboutissent souvent qu'à l'expulsion de liquides irritants pour l'anus. Quelquefois il y a de véritables hémorrhagies. Tous ces symptômes peuvent chez certains malades atteindre un degré tel que l'on croie à un cancer (Obs. I), d'autant que, chez eux, l'altération putride du contenu purulent du rectum amène par résorption des troubles digestifs, de l'anorexie et une cachexie spéciale.

Dans ces formes graves de la rectite il y a le plus souvent développement de végétations à la surface de la muqueuse. Lorsque ces végétations atteignent un volume considérable, et lorsque par leur nombre elles prennent le pas sur les autres lésions, on se trouve en présence de la variété dite *rectite proliférante*, bien décrite par Hamonic dans sa thèse.

Le malade éprouve des difficultés croissantes pour aller à la selle ; il perd du sang chaque fois qu'il fait un effort expulsif, et continuellement un liquide puriforme, légèrement rosé, souille son linge.

(1) Voir les chapitres : *Rétrécissements inflammatoires*, et *Ulcérations du rectum*.

Il se développe alors le plus souvent des tumeurs anales, tantôt sous forme de massue ou de poire, pleines ou flétries, grisâtres ou rosées suivant leur siège cutané ou muqueux, tantôt sous forme de végétations vulgaires (1).

« Au toucher rectal, le doigt trouve, immédiatement au-dessus du sphincter et dans une hauteur variable, mais ne s'élevant guère à plus de 5 centim., une quantité de bosselures dures, irrégulières, les unes grosses comme des grains de raisin, les autres très petites, comparables à des têtes d'épingle. Quelques-unes sont sessiles, quelques-unes à demi pédiculées. De loin en loin on en trouve qui flottent librement, grâce au grand développement de leur pédicule » (Hamonic).

Dans quelques cas, plusieurs tumeurs nées de points voisins de la muqueuse se réunissent pour constituer des masses plus grosses.

Le malade, qui éprouve la sensation d'un corps étranger, fait des efforts expulsifs violents qui peuvent aboutir à la procidence de la tumeur. Celle-ci apparaît alors en dehors de l'anus, rougeâtre, lobulée, villeuse, enduite d'une couche visqueuse de mucus sanguinolent. Si elle reste au-dehors, elle s'enflamme, s'ulcère et devient douloureuse. Les hémorrhagies se répètent et fatiguent le malade.

L'affection est de longue durée. A mesure que les tumeurs grossissent, les hémorrhagies et les écoulements deviennent plus abondants ; le malade devient dyspeptique, et maigrit. La constipation devient opiniâtre, et c'est après les plus grands efforts, en s'aidant avec les doigts, que le malade arrive à entraîner par fragments ses matières fécales. Il y a des épreintes, du ténesme, parfois de petites crises de rétention avec vomissements et ballonnement du ventre ; la vie devient insupportable, en l'absence d'intervention chirurgicale.

Traitement. — La première indication est ici, comme pour la rectite aiguë, celle qui s'adresse à la cause : toutes les fois qu'il sera possible de supprimer celle-ci (hémorrhoïdes, polype, ulcération anale, etc.), on le

(1) Chez une malade, observée par Hamonic, dans le service de Trélat, il y avait en même temps des tumeurs végétantes du vagin. Il en était de même dans une observation de VERLHAGEN, *Beitr. z. Kenntniss d. syphil. Mastdarmgeschw.*, Inaug. Diss., Greifswald, 1889.

fera sans tarder. Contre la rectite chonique elle-même, le traitement variera un peu suivant la forme et le degré des lésions.

Dans les formes peu graves, outre le régime (lait et œufs), l'antisepsie intestinale par les médicaments internes (benzonaphtol, naphtol β, etc.), on recourra avec avantage aux irrigations rectales, au moyen d'une sonde à double courant, avec des solutions astringentes; on pourra essayer le sulfate de zinc, le tannin, le nitrate d'argent à dose cathérétique, l'iodoforme en suppositoires. Des injections faites avec un lait de bismuth (sous-nitrate de bismuth et carbonate de chaux, parties égales) rendront aussi des services, le dépôt de poudre sur la paroi rectale protégeant celle-ci contre l'action irritante des matières.

Dans la rectite proliférante, il est nécessaire de recourir à un traitement plus actif, l'ablation des tumeurs. La rectotomie est sans efficacité, comme le montre l'observation d'un malade rectotomisé par M. Verneuil, et chez lequel M. Reclus dut secondairement faire l'ablation des tumeurs à cause de la persistance des symptômes. Cette ablation des tumeurs, le plus souvent pratiquée avec le thermocautère, peut être réalisée soit après rectotomie préliminaire, soit plus simplement après dilatation de l'anus et application d'un spéculum dilatateur, tel que celui de Trélat. Elle procure au malade un grand soulagement, mais n'empêche pas la récidive. Lorsque les lésions ne remontent qu'à une petite hauteur dans le rectum, nous croyons qu'il est plus simple d'opérer comme l'a fait l'un de nous : après dilatation de l'anus, inciser circulairement la peau au pourtour de l'orifice, immédiatement en dehors des végétations anales si elles existent, disséquer la muqueuse malade en dedans des sphincters, l'exciser, puis, à travers les sphincters conservés, abaisser la muqueuse rectale saine et la suturer à la peau.

Cette pratique n'est évidemment applicable qu'aux cas où les lésions ne remontent qu'à une très petite hauteur. Dans les autres, on se contentera d'extirper les tumeurs accessibles. Si les douleurs persistent, si la vie du malade devient intolérable, s'il y a menace de cachexie, on n'hésitera pas à établir un anus artificiel dans la région iliaque, et à faire par celui-ci des lavages du bout inférieur malade (1). Cette conduite est

(1) L'anus doit être pourvu d'un éperon bien marqué, afin d'assurer une dérivation complète

la seule que l'on puisse suivre dans les rectites chroniques graves très étendues, quelle que soit leur variété. Elle permet de soulager presque immédiatement les malades, et d'obtenir une amélioration considérable dans l'état des parties.

II. — Blennorrhagie ano-rectale

On a beaucoup discuté sur le plus ou moins de fréquence de la blennorrhagie ano-rectale, depuis que Hecker, en 1788, a pour la première fois constaté chez des pédérastes, hommes ou femmes, l'apparition d'un écoulement rectal. Tandis que Requin (1) la regardait comme devant apparaître, d'une manière presque certaine, chez tout individu s'étant soumis à la pédérastie passive avec un blennorrhagique, Tardieu (2) dit n'en avoir constaté qu'un seul fait. Gosselin (3), après trois ans passés à Lourcine, n'en avait de même noté qu'un exemple. Billroth, au contraire, décrit la blennorrhagie rectale, qui suivant lui pourrait, chez la femme, résulter de l'action des liquides irritants venus de la vulve, aussi bien que de la pédérastie passive seule incriminable chez l'homme. Rollet (4), Allingham (5), Winslow (6), Martineau (7) en publient des observations isolées.

La question de la blennorrhagie ano-rectale restait toutefois discutée, lorsque Bonnière, en 1874, entreprit ses recherches expérimentales (8).

des matières, ce qui aseptise déjà en partie le rectum. Il permet de plus de faire des lavages de celui-ci. Pour les pratiquer on se servira d'une sonde molle assez longue qu'on introduira par l'orifice artificiel. Il faut, pour que le liquide ne reflue pas par celui-ci, que la sonde soit poussée assez loin. On n'y arrivera pas toujours facilement. Souvent la sonde butte : il faut alors attendre, injecter un peu de liquide, puis pousser de nouveau, la sonde passe alors généralement avec facilité.

(1) Requin. *Éléments de pathologie médicale*, t. V, p. 729.

(2) Tardieu. *Études médico-légales sur les attentats aux mœurs*, 1862, p. 179.

(3) Gosselin. Rétrécissement syphilitique du rectum, *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1854, t. I, p. 683.

(4) Rollet, article Anus, in *Dict. encycl. des sc. méd*

(5) Allingham. *Diseases of the rectum*, éd. 1871, p. 237.

(6) Winslow. *Med. News*, Philad., t. XLIX, p. 180.

(7) Martineau. *Leçons sur les déformations vulvaires et anales.*

(8) Bonnière (A.). Recherches nouvelles sur la blennorrhagie, *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1874, t. I, p. 404.

Prenant du muco-pus d'ophtalmie blennorrhagique, il barbouilla avec lui la région anale. Le troisième jour l'anus inoculé offrait des traces d'inflammation, et le sixième la blennorragie était évidente.

D'autre part, introduisant un tube mousse dans le rectum, il fit pénétrer un pinceau de blaireau, imprégné de l'humeur anale et du muco-pus uréthral, bien au delà du sphincter. Il ne se développa aucune inflammation du rectum.

Aujourd'hui, la découverte du gonocoque par Neisser permet de préciser la nature blennorrhagique des écoulements, et constitue un véritable critérium de la maladie.

Le gonocoque a été constaté non pas seulement sur la muqueuse anale, mais aussi sur la muqueuse rectale, par Neisser (1), par Wolf (2), par Frisch (3), par Tuttle (4), par Dock (5), etc.

Dans le cas publié par Franz Frisch, l'auteur a même pratiqué l'examen histologique de fragments de la muqueuse rectale excisés :

« Il s'agissait d'une fille de 17 ans atteinte de blennorrhagie uréthrale, et qui, dans les derniers temps, avait pratiqué plusieurs fois le coït par le rectum. Douleurs brûlantes, aiguës dans le gros intestin, devenant intolérables lorsque la malade va à la garde-robe, eczéma péri-anal; la sécrétion qui s'écoule par l'anus contient de nombreux gonocoques, les uns libres, les autres renfermés dans des cellules de pus. Au spéculum, la muqueuse du gros intestin est très rouge, tuméfiée, recouverte de pus. A environ 4 centim. au-dessus de l'anus, on voit une ulcération assez superficielle, irrégulière, qui plus tard augmente encore en étendue. Un traitement continué pendant six mois, avec des bains de siège, des lavages,

(1) Neisser. Principes du traitement de la blennorrhagie, *Deuxième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, Vienne, septembre 1892, et *Annales de dermatologie*, Paris, 1892, p. 1169. — A la suite de la communication de Neisser, Alfred Staub (de Prague) dit avoir constaté, dans la sécrétion purulente jaunâtre s'écoulant de l'orifice anal, beaucoup de gonocoques, sans autres microbes.

(2) Wolf, cité par Bumm. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1884, t. XXIII, p. 327.

(3) Frisch (Franz). Ueber Gonorrhoe rectalis, *Verhandl. d. physik. med. Gesellsch. zur Würzburg.*, t. XXV, n° 6, et *Annales de dermatologie*, Paris, 1892, p. 330.

(4) Tuttle (James P.). Gonorrhoea of the rectum, *Med. and surg. reporter*, New-York, 1892, t. I, p. 379. Pour être bien sûr de ne pas prendre de gonocoques dans la région anale, Tuttle commence par faire un lavage antiseptique de l'anus; puis, introduisant un spéculum de O'Neil, il retire la petite lame supérieure et recueille la sécrétion directement sur le rectum.

(5) Dock (George). Gonorrhoea of the rectum, *Medic. News*, Philad., 1893, t. I, p. 325.

des applications d'ouate, ne modifièrent en rien la blennorrhagie rectale. La malade n'était pas encore guérie, lorsqu'elle succomba sept mois plus tard à une phtisie pulmonaire aiguë.

L'examen histologique des fragments de la muqueuse, excisés pendant la vie et après la mort, montra dans les parties malades des lambeaux d'épithélium cylindrique, la disparition d'une partie des glandes de Lieberkühn, une prolifération atypique des glandes avec néoplasie conjonctive provenant des bords de l'ulcération. Une très forte infiltration de cellules rondes à un seul noyau s'étendait jusque dans la tunique musculaire du rectum; par contre l'immigration des gonocoques renfermés dans des cellules rondes polynucléaires ou libres, ne dépassait par les couches superficielles de la muqueuse.

« Leur présence était limitée aux parties de la muqueuse portant l'épithélium cylindrique, tandis que l'infiltration des cellules rondes descendait jusque dans la région du sphincter externe (1). »

La gonorrhée rectale existe donc d'une manière indubitable. Si Bonnière ne l'a pas observée dans ses expériences, cela tient peut-être à ce qu'elle ne se développe pas sur une muqueuse saine, et que des excoriations, des traumatismes légers, l'irritation préalable de la muqueuse par un coït anormal sont peut-être nécessaires pour permettre au gonocoque d'y pulluler.

Étiologie. — Le plus souvent consécutive à la pédérastie passive, la blennorrhagie ano-rectale peut cependant se développer dans d'autres conditions. On admet qu'il peut y avoir inoculation de la région par les liquides infectieux venus de la vulve. Dans un cas de Rollet, il s'agissait d'un malade qui, déjà atteint d'écoulement uréthral, en porta le pus dans le rectum avec le doigt qu'il avait l'habitude d'introduire pour vaincre une constipation habituelle (2).

(1) Cette limitation des gonocoques aux couches les plus superficielles de la muqueuse, opposée à la diffusion de l'infiltration inflammatoire, se retrouve dans les salpingites blennorrhagiques. D'après les recherches encore inédites de M. Reymond, faites dans le service de notre commun maître le professeur Terrier, les gonocoques sont localisés à la couche épithéliale de la muqueuse tubaire, tandis qu'il existe des infiltrations inflammatoires, sans gonocoques, sous forme de traînées, dans le reste de l'épaisseur des parois, jusque sous la séreuse.

(2) ROLLET. Article Anus, in *Dictionn. encyclop. des sc. med.*

Symptômes. — Le plus souvent, chez la femme, la blennorrhagie anale suit d'autres manifestations gonococciennes génitales ou urinaires. Toutefois, dans un cas unique de Nunn, l'inflammation avait débuté par l'anus, pour envahir secondairement l'urèthre, puis le vagin (1).

A l'état aigu, la blennorrhagie anale présente tous les caractères d'une inflammation violente : c'est d'abord une sensation de chaleur qui arrive bientôt à se transformer en douleur cuisante. Lorsque l'inflammation est intense, la défécation est des plus pénibles, et il se produit même un léger mouvement fébrile avec élévation de la température, fréquence du pouls et malaise général. Au bout de deux à trois jours apparaît l'écoulement, d'abord laiteux, puis plus épais, jaune-brun et très abondant. La muqueuse anale est molle et tuméfiée, œdémateuse; elle est excoriée; les érosions rappellent par leur forme, leur couleur, celles que l'on observe dans la balanite. Souvent, entre les plis tuméfiés, on voit se creuser des fissures très douloureuses.

Le plus souvent, l'inflammation ne s'étend pas au delà du sphincter; lorsqu'elle monte plus haut, « la muqueuse rectale se tuméfie, prend une couleur rouge vif ; elle est extrêmement douloureuse, et saigne facilement au toucher. Le tout est baigné dans une sécrétion profuse de muco-pus épais qui dégoutte de l'anus incomplètement fermé par suite de la tuméfaction de ses plis. Çà et là on voit des plaques excoriées ou même réellement ulcérées » (Tuttle).

Les symptômes ne sont en général pas aussi aigus que nous venons de les décrire, et l'inflammation, si elle est limitée à l'anus, guérit facilement avec quelques soins de propreté. Elle peut toutefois persister à l'état chronique, et aboutir à la formation d'ulcérations à peu près indolentes mais rebelles. Nous rappellerons comme exemple, en quelques mots, l'histoire d'une malade que nous avons observée à Saint-Lazare, dans le service du Dr Jullien.

Obs. IV. — *Ulcération blennorrhagique de l'anus.* — M..., 17 ans, entrée le 15 mars 1894 à l'infirmerie de Saint-Lazare pour une blennorrhagie aiguë remontant à quinze jours. Une grosse goutte purulente apparaît à l'entrée de la vulve.

(1) Nunn (R. J.), Rectum gonorrhœa in the females. *The medical Standard*, Chicago, 1894, t. XVI, p. 58.

Quinze jours environ après son entrée, la malade se plaint de douleurs au niveau de l'anus qui saigne légèrement.

Le 7 avril on note qu'à la base d'un repli de l'anus très hypertrophié se trouve une ulcération fissuraire qu'on traite par des attouchements de nitrate d'argent et des applications d'aristol.

Le 24 avril la blennorrhagie a envahi les glandes de Bartholin dont l'orifice est rouge.

Le 14 mai la marge de l'anus est très érythémateuse ; sur la ligne médiane en avant, on voit un condylome mince qui masque une fissure large et profonde, saignante et douloureuse, s'enfonçant profondément dans la région sphinctérienne. La malade souffre et saigne à chaque défécation. La sécrétion du canal uréthral contient de nombreux gonocoques.

En juin, les douleurs cessent, le col et le vagin sont en bon état.

En juillet, on ne trouve plus de gonocoques dans l'urèthre, mais *le pus anal est rempli de gonocoques.*

Le 15 octobre, on trouve toujours au niveau de l'anus une ulcération fissurique occupant la base d'un condylome mou en forme de capuchon. L'ulcération déplissée a un fond plat ; elle est d'une indolence absolue, et ne pénètre pas dans le rectum qui est sain. Le pus, pris à sa surface, contient des quantités de gonocoques.

Lorsque la blennorrhagie envahit le rectum et y persiste à l'état chronique, la muqueuse, rouge, légèrement tuméfiée, a une surface finement granuleuse, semée d'exulcérations, sans qu'il y ait aucun symptôme révélateur autre qu'un écoulement muco-purulent par l'anus, et une légère sensation de plénitude locale (1). Inférieurement les lésions vont s'éteignant progressivement à une petite distance de l'anus. Peut-être ces rectites blennorrhagiques subaiguës et chroniques aboutissent-elles à la formation lointaine de rétrécissements. Aucun fait ne le prouve actuellement, mais la supposition est tout au moins possible, et tout nous porte à croire que la blennorrhagie peut ici déterminer des lésions analogues à celles qu'elle entraîne du côté de l'urèthre.

Traitement.— *Le traitement* consiste, pour la blennorrhagie anale, en des lavages répétés plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée ou avec une solution faible de sublimé.

L'action antigonococcienne aujourd'hui bien établie du permanganate de potasse nous engagerait à l'essayer dans ces cas. Ces lavages seront suivis, après abstersion des parties, de l'application d'une poudre inerte,

(1) Exceptionnellement on peut voir des ulcérations du rectum; voir plus loin le chapitre: *Ulcérations de l'anus et du rectum.*

l'oxyde de zinc par exemple. Les condylomes seront excisés et les ulcérations cautérisées.

Lorsque la blennorrhagie a envahi le rectum, on peut, comme le conseille Tuttle, recourir à une canule spéciale, un irrigateur rectal, qui permet de faire de grands lavages en distendant et déplissant le rectum.

Curling dit avoir, chez une malade, réussi à guérir une rectite blennorrhagique rebelle, par l'emploi à l'intérieur du baume de copahu.

Dans tous les cas on aura soin de veiller à obtenir des garde-robes régulières, recourant pour cela s'il y a lieu à des moyens appropriés.

III. — Syphilis ano-rectale

La syphilis peut se manifester au niveau de la région ano-rectale à chacune de ses périodes ; nous aurons donc à décrire le chancre, les manifestations secondaires et les manifestations tertiaires (1).

1° Chancres de l'anus et du rectum.

Nous étudierons successivement le chancre de l'anus et le chancre du rectum.

A. — **Chancre de l'anus.** — Le chancre induré de l'anus n'est pas très rare. D'après la statistique de Péan et Malassez, formée par la réunion des statistiques de Bassereau, Fournier, Clerc, Martin et Carrier, on voit que l'on trouve sept chancres anaux pour 1,237 chancres d'autres régions, soit 1/177 chez l'homme, et 14 chancres anaux pour 175 chancres d'autres régions, soit 1/13 chez la femme (2). Jullien (3) arrive à des

(1) Au point de vue de la fréquence des lésions syphilitiques de l'anus, nous citerons le relevé des maladies vénériennes, de 1880 à 1890, fait à l'Hôpital général de Hambourg par Sick. Sur 9,884 hommes atteints de maladie vénérienne (blennorrhagie, chancre mou, syphilis), on trouve 1,010 plaques muqueuses de l'anus, 1 chancre induré, 1 chancre mou. Sur 11,826 femmes ou enfants, atteints de même d'accidents vénériens, on trouve 986 plaques muqueuses, 224 chancres mous, 404 fissures anales, 9 chancres indurés de l'anus, 3 chancres périnéo-anaux, 1 gomme anale, 2 gommes du rectum, 10 rétrécissements du rectum (*Jahrbücher der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten*, 1890, t. II, Leipzig, 1892, p. 453).

(2) Péan et Malassez. *Étude clinique sur les ulcérations anales*, Paris, 1871, p. 88.

(3) Jullien. *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1879, p. 583.

chiffres à peu près analogues ; chez l'homme 11 cas sur 2,171, soit 1/119 ; chez la femme 39 sur 473, soit 1/12. Des statistiques plus récentes tendraient à le faire regarder comme moins fréquent. Salsotto, sur 201 chancres extra-génitaux, ne relève que 2 chancres à l'anus (1).

On admet généralement que la fréquence est plus grande chez la femme que chez l'homme, ce qu'on explique par ce fait que la sodomie passive y est plus fréquente, et que, de plus, l'inoculation de l'anus est possible même au cours d'un coït que l'homme a l'intention de pratiquer normalement. Cette plus grande fréquence chez la femme ne ressort pas nettement de toutes les statistiques. Réunissant les statistiques successives du service du professeur Fournier, statistiques publiées par Nivet, par Morel-Lavallée, par Veslin et par Feulard, nous voyons que, sur 778 chancres extra-génitaux, on note 52 chancres anaux dont 26 chez des femmes, 25 chez des hommes, et 1 chez un enfant dont l'éponge servait en même temps à la tante en pleine syphilis secondaire (2). Il est vrai que Pospelow, sur 198 chancres extra-génitaux, note 5 chancres anaux, tous chez des femmes (3), et que Neumann, sur 84 chancres, en voit 3 à l'anus, tous aussi chez des femmes (4).

Le chancre anal peut se développer sur la peau de la marge de l'anus, ou dans le canal anal.

Sur la peau de la marge il ne diffère en rien du chancre cutané, érosion arrondie, indurée, rouge, lisse et croûteuse. Lorsqu'il occupe un des plis rayonnés, il est constitué par une simple fissure allongée, rougeâtre, à contours érosifs, à fond sanguinolent.

Le chancre intra-anal, quoique caché, est encore facilement reconnu, le malade accusant toujours une sensation douloureuse, le plus souvent une simple gêne, rarement une douleur intense, bien moindre dans tous

(1) Salsotto. *Sifilomi extra genitale ed epidemie di sifilide*, Turin 1892.

(2) Nivet (X). *De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux chez l'homme et la femme.* Thèse de Paris 1886-1887, n° 205. — Morel-Lavallée. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1888, p. 375. — Veslin. *Ibidem*, 1890, p. 317. — Feulard. *Ibidem*, 1890, p. 320 et 1892, p. 805.

(3) Pospelow (A.). Ueber extragenitale Syphilisinfection. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, n^{os} 1 et 2.

(4) Neumann (J.). Ueber extragenitale Sklerosen. *Wiener mediz. Wochenschr*, 1890, n° 4.

les cas que celle de la fissure. Il suffit de déplisser fortement l'anus, ou mieux encore de recourir à l'emploi d'un spéculum pour l'apercevoir. Lorsque la région est bien étalée, le chancre, de fissuraire qu'il paraissait, prend une forme arrondie. C'est encore une ulcération à bords réguliers, à fond plat à peine creusé, qui laisse sourdre une quantité peu abondante de séro-pus quelquefois mêlé de sang. Par suite de la disposition de la région, il est difficile de percevoir l'induration. Dans tous les cas, quel que soit son siège, cutané ou muqueux, le chancre anal s'accompagne de la pléïade ganglionnaire inguinale caractéristique (1).

Lorsque le chancre a un siège cutanéo-muqueux, sa partie externe constitue quelquefois un bourrelet composé de deux segments adossés qui, lorsqu'on dilate l'anus, s'écartent l'un de l'autre à la façon d'un livre qu'on ouvre, pour revenir en contact réciproque lorsqu'on cesse de distendre le sphincter : c'est le chancre en feuillet de livre, du professeur Fournier. Dans ces cas le bourrelet extérieur est souvent induré, soit qu'il y ait induration spécifique, cartilaginiforme, soit qu'il y ait simplement une induration plus diffuse par infiltration inflammatoire (2).

Obs. V. — *Chancre induré intra-anal.* — B..., garçon de salle, de 19 ans, entré le 28 mars 1884 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de notre regretté maître, M. Lailler. A l'examen extérieur de l'anus, on trouve en arrière et à droite une surface un peu surélevée, présentant un aspect cicatriciel. Lorsqu'on déplisse la région, mieux encore lorsqu'on recourt au spéculum, on voit que cette partie surélevée se continue avec une ulcération arrondie mesurant 2 centim. de diamètre, se prolongeant par conséquent dans le conduit anal. Cette ulcération a des bords réguliers qui se continuent avec la muqueuse environnante qui est saine. Son fond est à peine creusé, presque de niveau avec les parties voisines, plat, rosé, un peu grisâtre par places. Pas d'induration appréciable.

La suppuration, plus abondante et mêlée de sang il y a une quinzaine de jours, au dire du malade, est aujourd'hui presque nulle ; elle tache toutefois la chemise.

Les ganglions inguinaux internes du côté droit sont augmentés, durs, mobiles.

Le malade accuse des douleurs au niveau de l'anus, même lorsqu'il est couché ; ces douleurs reviennent d'une manière irrégulière, elles augmentent par la marche et la défécation.

Tous ces symptômes auraient débuté il y a près d'un mois.

Traitement : suppositoires à l'iodoforme, 1 gr. pour 3 de beurre de cacao.

Le 23 avril, le malade quitte le service. Toute la partie externe de l'ulcération s'est

(1) Jean (Paul). *Essai sur la syphilis précoce du rectum.* Th. de Paris, 1885. n° 62.

(2) Neumann (*Annales de Dermatologie,* Paris, 1893, p. 1326), a vu un chancre syphilitique de l'anus, chez une jeune fille, s'accompagner de rétention d'urine. Il s'agirait là d'après lui d'un phénomène réflexe.

cicatrisée ; il ne reste plus qu'une petite ulcération fissuraire dans les parties profondes du canal anal.

En septembre, nous le revoyons dans le service de M. Besnier. Peu de temps après nous avoir quitté, il avait eu un mal de gorge assez long, et actuellement il est porteur d'une syphilide circinée squameuse.

Lorsque le chancre se développe sur une tumeur ou un bourrelet hémorrhoïdaire, il n'est pas rare, dit Jullien, qu'il prenne un développement considérable avec induration bien caractérisée.

Le chancre de l'anus a une marche chronique en rapport avec les irritations auxquelles il est soumis par suite de son siège. Il peut s'enflammer, et revêt alors une coloration vineuse ; si le malade ne prend pas les soins de propreté nécessaires, toute la marge peut même se couvrir d'intertrigo, les plis rayonnés s'engorgent, et au milieu de ces lésions diffuses le chancre peut très bien passer inaperçu. Quelquefois les plis qui le bordent s'hypertrophient, donnant lieu au développement de condylomes. Enfin il n'est pas très rare d'observer au niveau de l'anus le *chancre mixte*, soit qu'il s'agisse de l'inoculation secondaire d'un chancre induré par le virus chancrelleux, soit qu'il y ait eu inoculation simultanée des deux virus. C'est à cette complication du chancre induré qu'il faut attribuer la plupart des chancres syphilitiques phagédéniques que l'on avait pendant un temps regardés comme des chancres syphilitiques modifiés, irrités, contaminés par le passage répété des fèces (1).

On a toutefois observé au niveau de l'anus des chancres syphilitiques présentant un certain degré de phagédénisme. Le professeur Fournier en a relaté un exemple dans la thèse de son élève Medina (2) ; leur rareté nous engage à en donner ici un cas que nous avons suivi dans le service du professeur Terrier.

Obs. VI. — *Chancre phagédénique de l'anus.* — Mme M..., 38 ans, entre à l'hôpital Bichat le 1er décembre 1892. Veuve depuis un an, elle a contracté, il y a trois mois, une liaison avec un homme qui, étant ivre, a pratiqué avec elle, il y a un mois et demi, le coït anal. Quelques jours plus tard elle a appris que cet homme était malade, et l'a quitté. Mais, il y a quinze jours, elle commença à éprouver une certaine douleur pour aller à la garde-robe et, en même temps, de la gêne lorsqu'elle s'asseyait.

(1) Voir plus loin la description du chancre simple, au chapitre : *Ulcérations ano-rectales.*

(2) Medina (Louis Puyo). *Contribution à l'étude du chancre syphilitique érosif phagédénique superficiel.* Thèse de Paris, 1891-1892, n° 288.

Il existe, au niveau de l'anus, une large ulcération qui en occupe presque tout le pourtour; plus exactement, il existe deux ulcérations, l'une grande en arrière, l'autre moindre en avant, toutes deux séparées par une ligne d'épiderme sain ne mesurant pas plus de 3 millim. L'ulcération postérieure déplissée plonge profondément dans le canal anal et s'étend en dehors sur la marge où elle se limite par un contour festonné. La peau avoisinante ne présente aucune altération ; seule la partie du bord, qui avoisine immédiatement l'orifice anal, est hypertrophiée et forme un bourrelet d'aspect condylomateux qui est ulcéré jusqu'au niveau de son bord libre. Le fond de l'ulcération est un peu inégal, recouvert d'un enduit grisâtre, et donne une sécrétion séro-sanguinolente sans pus à proprement parler.

Ce fond se continue avec les bords sans décollement d'aucune sorte ; bien plus il est un peu surélevé par rapport aux parties voisines.

Au palper toute l'ulcération est le siège d'une infiltration qui empêche de la plisser et qui donne la sensation de carton mouillé.

Le toucher rectal ne montre rien de particulier. Dans les deux aines, on trouve des ganglions à grand axe parallèle au pli, durs, roulant sous le doigt; l'un d'eux, beaucoup plus volumineux que les autres, occupe la partie interne du pli inguinal droit.

L'ulcération saigne peu aux attouchements, mais est douloureuse. La malade éprouve, lorsqu'elle va à la garde-robe, des douleurs qui persistent pendant la plus grande partie de la journée.

Dans le courant de janvier, nous revoyons cette malade avec des plaques muqueuses linguales et amygdaliennes, et une syphilide papuleuse cutanée; l'ulcération anale est cicatrisée.

Le *traitement* du chancre de l'anus ne présente rien de particulier. Il guérit, en général, seul. Quelques lotions antiseptiques tièdes suivies de l'application d'une poudre sèche (sous-nitrate de bismuth, iodol, iodoforme mélangé à du calomel ou à de l'oxyde de zinc, etc.), s'il s'agit d'un chancre extérieur; l'introduction de suppositoires iodoformés, s'il s'agit d'un chancre intra-anal, sont de petits moyens qui suffisent pour amener la cicatrisation en deux ou trois semaines, sans qu'il reste le plus souvent aucune trace du chancre.

L'excision du chancre induré, dont la valeur thérapeutique est du reste discutée, ne semble pas encore avoir été pratiquée au niveau de l'anus.

B. — **Chancre du rectum.** — Les observations de chancre du rectum sont d'une extrême rareté, ce qui tient d'une part à sa rareté réelle, d'autre part à ce que certains chancres du rectum passent peut-être inaperçus. Aux quatre observations de Ricord, de Sauri Ricardo (1), de

(1) Le fait de Sauri Ricardo ne nous semble pas à l'abri de toute critique.

Trélat, de Campenon réunies dans la thèse de Perceau (1), nous pouvons ajouter un cinquième fait de Hartley (2).

Le chancre intra-rectal est un signe certain de pédérastie. Il s'accompagne d'un ensemble d'accidents pénibles qui attirent l'attention. Ce sont des élancements douloureux précédant ou accompagnant la défécation, des écoulements glaireux, muco-purulents ou même purulents, quelquefois du sang. On pratique le toucher rectal et l'on constate la présence d'une ulcération superficielle à base indurée ; de plus, si l'on porte le doigt un peu haut, on sent que les ganglions de la concavité sacrée sont augmentés de volume. Bientôt apparaissent les manifestations secondaires qui confirment le diagnostic. Celui-ci est donc le plus souvent facile, il peut toutefois être masqué, comme dans le cas de Campenon, par de la rectite concomitante.

Comme *traitement* on fera des irrigations antiseptiques du rectum et l'on prescrira des suppositoires désinfectants et calmants (iodoforme et opium). Hartley, pour hâter la cicatrisation du chancre, avait endormi son malade, dilaté l'anus et cautérisé l'ulcération avec le thermocautère.

2° Syphilis secondaire.

A. — **Anus.** — On peut voir au niveau de l'anus les diverses variétés d'accidents secondaires qu'on observe sur le reste du tégument. Par suite de l'humidité habituelle de la région, ces syphilides deviennent rapidement humides et sont dès lors confondues sous le nom général de *plaques muqueuses*. L'anus est chez l'homme un des sièges les plus habituels de cette sorte de lésions.

On peut, avec Fournier, y distinguer, comme à la vulve, des syphilides *érosives*, *papulo-érosives*, *papulo-hypertrophiques* et *ulcéreuses*.

L'aspect de ces lésions diffère un peu suivant leur siège. A contours arrondis, formant quelquefois une plaque légèrement surélevée, de cou-

(1) PERCEAU (CÉLESTIN). *Étude sur le chancre syphilitique du rectum*. Th. de Paris, 1893-1894, n° 110.

(2) HARTLEY, cité par KELSEY.

leur porcelanique dans leur partie externe, elles prennent, par suite de la disposition anatomique de la région, une forme fissuraire au voisinage même de l'orifice. Le fait se montrait de la manière la plus évidente chez un malade que nous avons observé dans le service du professeur Terrier.

Obs. VII. — *Plaque muqueuse de l'anus.* — J. B..., menuisier, âgé de 50 ans, a eu un chancre de la verge l'an dernier. Depuis plusieurs mois, il porte au niveau de l'anus une lésion qui, gênant la marche, l'amène à consulter.

1er avril 1894. A droite de l'anus, on trouve une plaque en forme de raquette dont la pointe semble s'enfoncer dans le canal anal, dont la partie large, étalée, s'avance vers la fesse. Cette plaque est surélevée par rapport aux parties voisines ; elle est chagrinée, de couleur rouge, recouverte d'une sorte de pellicule blanche. Sa consistance est celle d'une peau épaissie. Assez régulière dans sa partie externe, elle se creuse, au niveau de l'orifice anal, de fissures ulcéreuses, dont les bords sont constitués par des plis hypertrophiés. Rien au toucher rectal.

Amélioration rapide par le sirop de Gibert combiné à des lavages antiseptiques locaux suivis de l'application de poudre d'oxyde de zinc.

Sous l'influence de l'irritation déterminée par ces syphilides, le tégument s'hypertrophie quelquefois, les plis se transforment en gros bourrelets résistants que séparent des sillons fissuraires ; on se trouve en présence de la lésion décrite par Fournier sous le nom d'*hypertrophie radiée* des plis de l'anus.

Sur la muqueuse même de l'anus on peut voir, soit des *érosions fissuraires*, soit de véritables *ulcérations*. Ces diverses lésions, souvent décrites sous le nom de rhagades, diffèrent de la fissure spasmodique en ce qu'elles sont en général à peu près indolentes. Assez souvent la partie externe de ces fissures ou de ces ulcérations est limitée par un bord cutané hypertrophié constituant à l'ulcération une sorte de capuchon.

Classiquement, il est admis que ces ulcérations ne pénètrent pas dans le rectum. C'est une erreur. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de la malade suivante que nous avons observée à l'infirmerie de Saint-Lazare, dans le service du Dr Jullien (1).

(1) Comme nous, Bærensprung s'élève contre l'opinion qui veut que les syphilides secondaires s'arrêtent dans la région anale, là où cesse l'épithélium pavimenteux stratifié. Dans trois cas, dit-il, il les a vues s'étendre notablement plus haut (cité d'après Esmarch, p. 93).

Obs. VIII. — *Syphilide ulcéreuse ano-rectale.* — G..., 18 ans, en traitement à l'infirmerie de Saint-Lazare, dans le service de notre ami le Dr Jullien, pour une syphilis secondaire. En octobre 1894 nous l'examinons : un condylome en forme de capuchon occupe la moitié antérieure de l'anus. Sa face profonde ulcérée se continue avec une ulcération à surface lisse, non indurée, se prolongeant à travers la région sphinctérienne jusque dans l'intérieur du rectum où elle est limitée par un bord un peu décollé, épaissi, flottant. Le fond de cette ulcération est un peu inégal, peu creusé, peu suppurant. Pas de gonocoques.

En se cicatrisant, ces ulcérations peuvent laisser autour de la marge de l'anus des plis de peau hypertrophiée, ressemblant à des crêtes de coq.

Des altérations du sphincter externe ont été signalées au cours de syphilis récente, par Neumann (1) qui dit avoir observé six cas de *myosite*. Les douleurs anales et le ténesme étaient tels qu'il dut faire la sphinctérotomie. Ayant excisé un petit fragment du muscle, il constata que les vaisseaux du périmysium étaient hyperhémiés et que leurs parois contenaient des cellules exsudatives, qui avaient déterminé une compression des fibres musculaires; le sarcolemme de ces fibres était très riche en noyaux.

Nous avons observé une fissure anale syphilitique présentant tous les caractères douloureux de la fissure ordinaire et nécessitant la dilatation. Ultérieurement et sous nos yeux cette fissure fut le point de départ d'un syphilome ano-rectal. Nous pouvons nous demander si les phénomènes douloureux observés au début n'étaient pas déjà la conséquence d'une altération syphilitique du muscle sphincter.

B. — **Rectum.** — On a pendant longtemps contesté la possibilité du développement de plaques muqueuses dans l'intérieur même du rectum. Cette opinion n'est plus aussi généralement admise aujourd'hui qu'autrefois : « Quand nous songeons, dit van Buren, combien il est rare qu'on examine soigneusement le rectum, en dehors des cas où des symptômes douloureux rendent cette exploration nécessaire, et combien peu douloureuses sont, en général, les éruptions secondaires, on comprend facilement l'absence d'observations d'ulcérations secondaires, alors que la fréquence des manifestations secondaires dans la bouche et dans la

(1) Neumann. *Soc. imp. roy. méd. de Vienne,* 28 octobre 1887, d'après la *Semaine médicale.*

gorge, fait penser qu'elles ne doivent pas être rares dans le rectum » (1).

D. Mollière (2) dit avoir vu, chez un syphilitique, une petite plaque blanc nacré, arrondie, d'un centimètre de diamètre environ, siégeant à 5 centim. au-dessus de l'anus. Ces lésions secondaires de la muqueuse rectale sont encore peu connues.

3° Syphilis tertiaire.

Nous étudierons, comme nous l'avons fait pour les accidents primitifs et secondaires, les manifestations de la syphilis tertiaire successivement au niveau de l'anus et du rectum.

A. — **Anus.** — Les *gommes* de l'*anus* sont rares, si rares que Fournier dit ne les avoir jamais observées que par extension à l'anus d'ulcérations gommeuses venues du voisinage. Chez une femme, présentant sur la fesse gauche une énorme ulcération gommeuse de forme phagédénique, il vit la lésion, dans son progrès excentrique, aboutir à avoisiner, puis à envahir l'anus, où elle détermina une ulcération profonde qui pénétra jusque dans le rectum (3).

D. Mollière dit cependant avoir vu, chez une malade déjà âgée, une gomme suppurée siégeant à l'anus, où elle s'était développée primitivement. La lésion s'était ensuite propagée à la fosse ischio-rectale (4). Ces gommes peuvent être une cause d'erreur en faisant croire à une fistule vulgaire. Tel un cas observé par le professeur Verneuil. Il s'agissait d'un homme ayant à la marge de l'anus une induration considérable, dont le volume n'était guère moindre de celui d'une petite mandarine, s'étendant vers la fosse ischio-rectale, indolente au toucher, très sensible dans la marche. Cette tumeur actuellement fermée s'était ouverte à plusieurs reprises. L'induration se ramollissant peu à peu à son centre, M. Verneuil crut devoir plonger le bistouri dans la tumeur. Rien ne

(1) Van Buren. *Lectures upon diseases of the rectum*, London, 1881, p. 243.
(2) D. Mollière. *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877, p. 641.
(3) Fournier. *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, p. 6.
(4) D. Mollière. *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877, p. 645.

sortit que du sang. Quelques jours plus tard la suppuration s'établissait; on fit l'opération ordinaire de la fistule anale. « Quelque temps après, dit M. Verneuil, voyant l'ouverture que j'avais faite persister avec induration à son pourtour, l'idée d'une gomme syphilitique me vint à l'esprit, d'autant plus que les topiques employés n'avaient eu aucun effet. Je soumis immédiatement mon malade au traitement spécifique, et, au bout de peu de temps, la guérison était complète » (1).

Les *syphilides ulcéreuses* sont, au contraire, beaucoup plus fréquentes, soit qu'elles se développent au niveau même de l'orifice, soit qu'elles s'étendent en même temps sur la région cutanée périphérique. « Ce sont des ulcérations plus ou moins creuses, plus ou moins étendues, variables d'aspect et de couleur, offrant le plus souvent un fond jaunâtre ou rouge vineux, sécrétant assez abondamment une matière purulente, sanieuse, parfois striée de sang » (Fournier). Elles affectent ordinairement une forme allongée, ou même celle d'un pli froncé lorsqu'elles s'enfoncent vers le rectum. Elles sont généralement à peu près indolentes. Leur étendue peut quelquefois être assez grande et leur traitement rebelle. Tel était le cas d'un malade que nous avons autrefois observé dans le service du professeur Fournier et qui, traité à différentes reprises sans succès, portait son ulcération depuis deux ans.

Obs. IX. — *Syphilis tertiaire. Ulcération serpigineuse de l'anus.* — D..., 33 ans, employé, entre le 29 janvier 1887, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier, où nous avons l'occasion de l'examiner. Le début de la syphilis remonte à 1875 (chancre de la verge, suivi de plaques muqueuses). Il y a cinq à six ans, tuméfaction des ganglions inguinaux et de ceux de la région latérale droite du cou.

En février 1885, ulcération de la partie postérieure de l'anus, qui se cicatrice en peu de temps. En décembre de la même année, une deuxième ulcération se développe en avant et à droite de l'anus, s'étendant en avant, puis à gauche. En mai 1886, il est traité à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Mauriac, par le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium. De juin à août, il est traité à Saint-Louis dans le service du professeur Fournier, et n'éprouve aucune modification du traitement. La partie périnéale de l'ulcération se cicatrise cependant vers la fin de l'année, à la suite de pansements à la vaseline iodoformée. C'est parce qu'il voit que la cicatrisation ne continue pas qu'il rentre à l'hôpital.

Nous l'examinons le 25 février 1887, et notons les détails suivants :

Il existe au niveau de la demi-circonférence antérieure de l'anus, une ulcération en fer

(1) Verneuil. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 202.

à cheval, qui ne dépasse pas en arrière le diamètre transversal de l'anus. Cette ulcération pénètre profondément dans le canal anal.

A sa périphérie, elle a des bords qui semblent en voie de cicatrisation ; il existe un liséré épidermique grisâtre, se continuant avec un fond régulièrement bourgeonnant. Vers la partie médiane antérieure, au niveau du périnée, du tissu cicatriciel lisse existe dans une certaine étendue.

En arrière, l'ulcération est limitée par deux petites masses ressemblant à deux condylomes. Lisses et réguliers en arrière, ces condylomes présentent à leur partie antérieure, lorsqu'on déplisse l'anus, une surface ulcérée qui se continue avec l'ulcération péri-anale. L'ulcération se trouve ainsi limitée en arrière par un bord hypertrophié, décollé, surmontant une plaie profonde, inégale, anfractueuse, à fond grisâtre, creusé de petites dépressions remplies de pus concret.

Profondément, l'ulcération s'enfonce dans le canal anal, mais le rectum est libre et sain.

Au-dessous de l'ulcération existe une induration diffuse, inflammatoire.

L'ulcération suppure un peu. De temps à autre, le malade expulse du rectum des glaires jaunâtres. Les selles sont régulières, la défécation indolente.

On comprend qu'en pareil cas, lorsque le traitement général, combiné aux divers moyens locaux ordinairement employés contre des lésions syphilitiques de cette nature, reste sans succès, l'intervention chirurgicale soit permise et qu'il puisse être utile d'extirper l'ulcération et de réparer les parties par une autoplastie de la région. C'est ce qu'a fait le Dr Schiff de Vienne, avec un plein succès, dans un cas qu'il a bien voulu nous communiquer (1).

Obs. X. — *Syphilide anale rebelle pendant neuf ans. Ablation. Autoplastie de l'anus. Guérison.* (Communiquée par le Dr Schiff de Vienne.) — H... ayant contracté la syphilis au mois de février 1880, manifestations secondaires, consistant en exanthème maculo-papuleux et angine pendant les mois d'avril et mai de la même année. Après un traitement mercuriel ces symptômes disparurent.

A partir du mois de novembre 1880, le malade fut atteint de plaques muqueuses anales et scrotales. Celles du scrotum guérirent rapidement, mais celles de l'anus furent très tenaces. Aucun traitement, ni local, ni général, n'eut un succès durable. Bien au contraire, il se fit une hypertrophie ulcéreuse des plis radiés, et même la muqueuse de l'anus commença à s'exulcérer. Avec des exacerbations et des rémissions, qui produisaient des symptômes plus ou moins graves, cet état dura jusqu'au mois d'octobre 1889. Il va sans dire que toutes sortes d'applications thérapeutiques furent essayées. Enfin, au mois d'octobre, le malade se décida à subir une opération. On extirpa la muqueuse du rectum dans une hauteur de près de 7 centim. et on fit une plastique de la muqueuse et de la peau circonscrivant l'anus.

Depuis cette époque, le malade n'a plus eu aucune rechute et se porte parfaitement.

(1) Une allusion à ce cas avait été faite par M. Schiff à la *Société française de dermatologie*, en 1890.

B. — **Rectum.** — Pour faciliter la description des lésions syphilitiques tardives que l'on peut observer au niveau du rectum, nous les rangeons sous trois chefs principaux : les gommes, les ulcérations, enfin les cas répondant à ce que le professeur Fournier a cliniquement décrit sous le nom de syphilome ano-rectal.

Les *gommes* sont rares : dans son ouvrage sur les lésions tertiaires de l'anus et du rectum, Fournier dit n'en avoir jamais observé (1).

Esmarch (2), au contraire, se fondant sur une observation de Bærensprung, en donne une description très détaillée. Suivant lui, les gommes du rectum seraient beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit, et prêteraient assez souvent confusion avec des cancers. Dans les stades jeunes on trouve, dit-il, de petits nodules arrondis, du volume d'un grain de chènevis à un pois, disséminés sur toute la surface de l'intestin. Si l'on fait une section de ces nodules, il sort de l'incision un tissu muqueux brun rougeâtre, sorte d'infiltration gélatineuse contenant du sang dissous. Malgré leur ressemblance avec des follicules tuméfiés, il s'agirait là de jeunes infiltrations gommeuses. A une période plus avancée de leur évolution ces nodules s'ulcèrent à leur sommet, et, en se réunissant, arrivent à constituer de larges ulcérations. Il est regrettable que la description d'Esmarch ne soit pas accompagnée de faits précis en établissant la réalité, et que les figures qu'il donne, d'après Huët, ne soient nullement démonstratives. Tuttle (3) décrit de même, sans fait à l'appui, les gommes du rectum, qui pour lui sont fréquentes et se développent dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Nous trouvons toutefois quelques observations semblant répondre à des cas de gommes rectales bien avérées.

Tel, le cas observé cliniquement par Zappula (4). Il s'agissait d'un homme syphilitique depuis quinze ans, souffrant de rétention stercorale, et chez lequel on trouvait, en même temps qu'un épaississement des plis de la muqueuse, une tuméfaction du volume d'une noisette, globuleuse,

(1) Fournier. *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, p. 8.

(2) Esmarch. *Die Krankheiten des Mastdarmes*, Stuttgard, 1887, p. 93.

(3) Tuttle, in *A system of genito-urinary diseases*, New-York, 1893, t. II, p. 425.

(4) Zappula. Un raro caso di stringimento del retto per causa sifilitica. *Ann. univ. di med.*, Milano, 1870, t. CCXIII, p. 157.

élastique, siégeant à 4 centim. de l'anus et paraissant développée dans le tissu sous-muqueux. Le diagnostic fut hésitant entre une gomme et un cancer; la guérison complète fut obtenue par l'ingestion d'iodure de potassium. Pœlchen a de même, chez un homme, constaté l'existence d'une gomme ramollie au-dessus du sphincter interne (1).

Tel encore le fait anatomiquement constaté par Küster : à la coupe du rectum, très épaissi, on trouva dans un tissu calleux et cicatriciel des masses jaunes analogues à celles des lésions gommeuses, et les recherches microscopiques confirmèrent cette supposition, en faisant constater du tissu de granulation à toutes les phases de transition jusqu'à sa transformation en tissu rigide cicatriciel (2).

En 1889, Freymuth présenta de son côté, à la Société des naturalistes de Dantzig, une préparation de syphilis du rectum gommeuse et ulcéreuse.

Les *ulcérations* ont été plus fréquemment observées, et l'on en trouve de nombreux exemples. Elles seraient toutefois beaucoup moins communes qu'on ne le dit, si l'on en croyait Ponfick (3) et Nickel (4). Ces auteurs s'appuient, pour contester le rôle de la syphilis, sur des arguments d'ordre clinique et sur d'autres d'ordre anatomique. Ces ulcérations s'observent le plus souvent chez des femmes dans bien des cas ne présentant pas d'antécédents spécifiques; elles résistent au traitement, les examens microscopiques ne sont pas démonstratifs de la syphilis. A ces divers arguments, Verlhagen, dans une thèse très intéressante (5), répond que la fréquence chez la femme s'explique fort bien par ce fait que le rectum est chez elle plus exposé aux traumatismes, qu'il subit des afflux sanguins pendant le coït, les règles, la grossesse, l'accouchement, qu'il est

(1) Pœlchen (Richard). Ueber die Aetiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre. *Arch. f. pathol. Anat. u. Phys.*, Berlin, 1892, t. CXXVII, p. 270.

(2) Cité d'après Pœlchen. *Ibidem*, p. 275.

(3) Ponfick. *Breslauer ärztliche Zeitschrift*, 1883, n° 6. Pour lui, ces ulcérations sont d'ordre traumatique et causées par un coït anormal.

(4) Nickel. Ueber die sogenannten syphilitischen Mastdarmgeschwüre. *Arch. f. pathol. Anatom. u. Phys.*, Berlin, 1892, t. CXXVII, p. 279.

(5) Verlhagen (Carl). *Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwüre.* Inaug. Dissert., Greifswald, 1889.

soumis, par la constipation habituelle à la femme, à des excitations mécaniques, toutes conditions qui favorisent le développement d'ulcérations. L'absence d'antécédents ne prouve rien, car : « Omnis syphiliticus mendax ». La résistance au traitement s'explique par la situation désavantageuse des lésions; on sait du reste que certaines altérations manifestement syphilitiques ne se modifient en rien par le traitement général. Quant aux résultats négatifs des examens histologiques, ils ne constituent nullement un argument contre l'origine syphilitique des lésions, car on n'a examiné que des processus anciens, des ulcérations chroniques torpides.

Ces ulcérations, qui apparaissent dans le rectum à une période secondaire tardive ou à une période tertiaire précoce, ne sont, dit Kelsey, et nous partageons sa manière de voir, pas plus contestables que leurs congénères du pharynx ou de l'arrière-cavité nasale. Elles occupent principalement la partie terminale du rectum et, lorsqu'elles remontent assez haut, elles sont d'autant moins développées qu'elles sont situées plus loin de l'anus.

Elles ont des bords taillés à pic, non décollés ou très peu, ni saillants, ni rouges, un fond gris jaunâtre.

Le plus souvent elles s'accompagnent d'un épaississement et d'une induration de la paroi rectale, amenant à un certain moment un rétrécissement plus ou moins marqué du conduit (1). C'est ce qui avait lieu dans l'observation suivante où nous avons, en même temps, constaté l'existence de syphilides phagédéniques de la vulve.

(1) Nous citerons, à cet égard, ESMARCH. In *Krankheiten des Mastdarmes*, Stuttgart, 1878, p. 97.— BRANDIS. *Ein Fall von Dickdarmsyphilis*. Inaug. Dissert., Kiel, 1884.— AVERY. Extensive ulceration of the rectum of a syphilitic character. *Trans. of the pathologic Society of London*, 1846-1848, t. I, p. 94. — PAGET. Notes of a clinical lecture on syphilitic disease of the rectum and colon. *Medic. Times and Gaz.*, London, 1865, t. I, p. 279. Paget insiste sur le bouquet condylomateux qui entoure l'anus dans ces ulcérations syphilitiques du rectum. — HOLMES COOT. Syphilis of the rectum, death from pyœmia. *Lancet*, London 1857, t. II, p. 57. — DOWSE (THOMAS S.). Syphilitic disease of the rectum. *Trans. of the patholog. Society of London*, 1874-1875, t. XXVI, p. 111. — LEDIARD. Syphilitic disease of the rectum. *Med. Times and Gaz.*, London, 1877, t. II, p. 463. — HAHN. *Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1883, t. XXIX, p. 395.— VERLHAGEN, *Beitrag zur Kenntniss der syphilitischer Mastdarmgeschwüre*. Inaug. Diss., Greifswald, 1889. — ZEISSL. 3 Fälle von Mastdarmsyphilis. *Wiener mediz. Presse*, 1893, p. 82 et 126. — KELSEY. *Diseases of the rectum*, 4e éd. New-York, 1893, p. 333 et suivantes.

Obs. XI. — *Syphilide phagédénique ano-vulvaire. Large fistule recto-vulvaire. Rétrécissement du canal anal.* — T. F..., âgée de 47 ans, entre le 25 avril 1891, dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 20. Syphilis maritale contractée il y a deux ans (éruption cutanée, etc.). Depuis un an, la malade éprouve des douleurs de plus en plus fortes pendant la défécation, qui est devenue très difficile, surtout dans ces derniers mois, où elle est quelquefois obligée d'aller à la selle dix à quinze fois en une journée. Depuis trois semaines, elle constate que des matières fécales sortent par le vagin.

Jusqu'ici, elle n'a eu comme traitement que des purgatifs et des pansements iodoformés qu'on lui a faits pendant sept semaines, à l'hôpital Saint-Louis, d'où elle est sortie ces jours-ci.

27 avril 1891. L'anus est entouré d'une série de végétations de forme générale arrondie, séparées par des incisures recouvertes sur leur face externe par la peau pigmentée de la région, et présentant à leur face interne un épiderme plus mince et par places ulcéré. Leur consistance est ferme sans être dure. En somme, il s'agit là de condylomes.

En déplissant la région, on constate l'existence d'une ulcération suppurante, qui pénètre dans le canal anal.

En écartant les lèvres de la vulve, on voit qu'il y a à la face interne du vestibule, s'étendant sur la paroi latérale droite du vagin, une ulcération qui arrive jusqu'à l'urèthre qu'elle encadre en avant et qui, dans le vagin, s'arrête au niveau de sa colonne antérieure.

Cette ulcération disséque, pour ainsi dire, l'orifice urèthral qu'elle entoure, sauf au niveau de la ligne médiane inférieure; son fond est plat, grisâtre, peu bourgeonnant, très suintant, donnant un écoulement séro-purulent très abondant.

Profondément, dans le vagin, cette ulcération est limitée par un bord net auquel fait suite une muqueuse saine. Du côté de la peau ses bords sont festonnés, nettement découpés et même décollés, dans une étendue de quelques millimètres. En dehors de l'ulcération principale, se trouve sur la peau une ulcération plus petite à bords nettement découpés.

Au niveau de la commissure postérieure de la vulve, on trouve une autre ulcération qui s'enfonce en tunnel dans le périnée, et se dirige obliquement vers le rectum. L'extrémité du petit doigt s'y engage, mais n'arrive pas jusqu'à la partie terminale du trajet; un stylet, au contraire, passe facilement dans le rectum, dans lequel s'ouvre la fistule, par un orifice largement ulcéré.

Tout le canal anal est induré, très rétréci; il n'admet que le petit doigt, et encore en provoquant des douleurs.

Pas d'engorgement ganglionnaire inguinal.

La malade quitte l'hôpital au bout d'un mois, peu améliorée, malgré un traitement mixte et des pansements avec la vaseline au sublimé.

Chez une malade de Lane, l'ulcération syphilitique phagédénique avait détruit presque tout le périnée, à la place duquel on trouvait une espèce de cloaque limité par un orifice ovale à bords indurés; l'orifice

vaginal et l'orifice anal étaient entièrement détruits ; il y avait une incontinence complète des matières fécales (1).

Dans quelques cas cependant on peut voir de vastes ulcérations syphilitiques du rectum sans rétrécissement. Tel était le cas d'une fille publique observée par Hahn en 1880. La suppuration rectale atteignait jusqu'à un litre par jour ; les ulcérations remontaient si haut qu'on ne pouvait en trouver la limite avec le doigt. Le périnée était détruit et il y avait un grand cloaque entre l'intestin et le vagin. Il n'y avait pas de rétrécissement et la défécation se faisait sans la moindre gêne. Dans son mémoire, Hahn relate plusieurs autres observations de même ordre (2). Taylor en rapporte une ayant trait à une ulcération de la paroi postérieure du rectum, qui guérit en laissant une bride cicatricielle sans rétrécissement appréciable de l'intestin. Ces faits sont toutefois exceptionnels et, comme nous l'avons dit, le plus souvent il y a sténose concomitante plus ou moins marquée de la partie terminale de l'intestin.

Nous arrivons maintenant à la troisième variété de lésions syphilitiques tertiaires de l'intestin, le *syphilome ano-rectal* de Fournier. Le rectum est devenu un cylindre rigide ; ses parois sont épaissies ; sa muqueuse est quelquefois inégale, mamelonnée, cannelée par places ; mais elle n'est le siège d'aucune cicatrice, d'aucune bride, d'aucune ulcération. Ce sont les portions inférieures du rectum, dans une longueur de 2 à 6 ou 7 centimètres, qui sont affectées, et elles le sont dans toute leur circonférence. Il n'y a aucune douleur, aucun trouble fonctionnel ; l'expulsion du bol fécal se fait à peu près normalement ou avec une gêne minime.

La lésion peut envahir la région sphinctérienne ou même l'anus ; la différence de siège leur imprime des apparences objectives spéciales.

« Au lieu de se constituer en nappes, en cylindre régulier, comme sur le rectum, l'hyperplasie morbide, rencontrant à l'anus une région à plicatures froncées, prend une forme appropriée à cette disposition

(1) LANE (ERNEST). Incontinence of feces, following phagedœna, treated by inguinal colotomy, relief. *Lancet*, London, 1891, t. I, p. 486.

(2) HAHN (EUGEN). Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarmulcerationen durch die Colotomie. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1883, t. XXIX, p. 395.

anatomique spéciale. Bridée par les plis anaux et le resserrement du sphincter, elle se segmente en infiltrations partielles, *lobulaires*, qui figurent, au niveau de l'orifice anal, autant de petites tumeurs en apparence indépendantes, libres par leur sommet, mais reliées entre elles par une base commune, laquelle n'est autre que la muqueuse anale » (Fournier). Ces petites tumeurs hémisphériques ou olivaires, en forme de crêtes ou de bourrelets, sont indolentes, fermes, un peu élastiques et constituent autour de l'orifice anal ce qu'on a appelé le *bouquet condylomateux*.

Lorsque la lésion s'étend au dehors de l'anus, elle constitue, comme l'a bien indiqué Fournier, des *nappes d'infiltration cutanée* qui s'étendent en suivant la direction des plis radiés.

Abandonné à lui-même, le syphilome aboutit fatalement au rétrécissement. Comptant en donner une description anatomo-pathologique lorsque nous étudierons les rétrécissements, nous ne nous y arrêterons pas plus longuement.

Nous désirons toutefois, avant d'abandonner ce syphilome, donner ici l'histoire d'une syphilitique que nous avons pu examiner à diverses reprises pendant plusieurs années, et chez laquelle nous avons vu se développer successivement une ulcération de l'anus qui s'est rapidement guérie par le traitement et les pansements locaux, et une syphilide rectale, qui de simple plaque cylindrique à contours nettement limités s'est progressivement transformée en un rétrécissement.

Obs. XII. — *Ulcération syphilitique secondaire de l'anus. Syphilide rectale sept mois après. Développement ultérieur d'un rétrécissement constaté un an après la syphilide rectale et présentant tous les caractères des rétrécissements par rectite sténosante et proliférante.* — X..., 18 ans, demi-mondaine, nous est adressée le 17 novembre 1891 par notre ami M. Matton, interne des hôpitaux, pour une ulcération de l'anus.

Cette malade a contracté la syphilis il y a deux ans (plaques muqueuses, roséole). Il y a un an, elle a été opérée par M. Pozzi d'une salpingite ; vers cette époque elle aurait eu une petite hémorrhoïde (?)

Aucun trouble n'aurait cependant persisté de ce côté, lorsqu'il y a un mois elle commença à ressentir au niveau de l'anus des douleurs en même temps qu'elle y constatait de petites tuméfactions sensibles, facilement saignantes et suppurantes. C'est la persistance et l'augmentation de ces troubles qui l'amènent à consulter.

Rien de bien particulier à noter dans ses antécédents familiaux, si ce n'est que son

père est mort phtisique à 28 ans, et qu'un de ses frères, d'une constitution débile, a presque constamment mal aux yeux.

17 novembre 1891. En examinant la région anale sans déplisser la région, on constate à droite la présence d'une hémorrhoïde bleuâtre, en avant une petite ulcération, en arrière, sur la ligne médiane postérieure, un pli saillant, hypertrophié.

En déplissant la région, on voit qu'au niveau du pli postérieur se trouve, repliée sur elle-même, une ulcération qui, d'une part, va jusqu'au bord libre du pli, qui, d'autre part, s'enfonce dans le canal anal. Cette ulcération, allongée suivant un des sillons de l'anus, a un fond inégal, très suppurant ; elle est douloureuse au moindre contact. En avant, se trouve une ulcération semblable, ne différant de la postérieure que par l'absence d'épaississement des plis qui la bordent. Dans le pli inguinal droit, on trouve un ganglion un peu augmenté et douloureux. Rien au toucher rectal. La muqueuse a sa souplesse et son velouté normaux.

Nous prescrivons localement des lavages à la liqueur de Van Swieten, des applications de poudre d'iodoforme, et à l'intérieur une cuillerée de sirop de Gibert par jour.

En février 1892, la malade, dont les douleurs locales avaient rapidement disparu à la suite du traitement que nous avions institué, va consulter le Dr Balzer parce qu'elle a constamment un écoulement purulent par l'anus. Celui-ci prescrit des pilules de sublimé, de l'huile de ricin à petites doses (2 capsules le matin), des lavages avec fleur de soufre lavé 30 gr., résorcine 1 gr. 50, eau 250 ; des applications d'une poudre composée d'acide borique 5 et oxyde de zinc 15.

En mars, M. Balzer, consulté de nouveau, conseille d'introduire chaque soir dans le rectum un suppositoire au chloral.

Aucune amélioration.

2 juin 1892. Nous revoyons la malade, qui se plaint toujours d'un écoulement purulent mais indolore par l'anus.

A l'examen de la région, on ne découvre pas d'ulcération, même en déplissant fortement l'anus. Le pourtour de celui-ci est le siège de quelques plis condylomateux peu épais ; en arrière, entre deux plis plus gros que les autres, on voit une surface lisse, cicatricielle, vestige de l'ulcération antérieure.

Le doigt pénètre facilement dans le rectum ; les mouvements de rotation du doigt seuls sont douloureux. Au lieu de rencontrer une surface lisse, muqueuse, on constate la présence de petites végétations, peu dures, disséminées, peu saillantes, ne saignant pas au contact du doigt. Pas de ganglions inguinaux. Sur la figure et sur les régions scapulaires, cicatrices disséminées, déprimées, résultat d'une poussée éruptive survenue en décembre 1891 ; quelques éléments éruptifs de syphilides acnéiformes ne sont pas encore complètement éteints.

18 juillet 1892. La malade se plaint toujours de suppuration rectale tachant la chemise ; de temps à autre, elle trouve quelques petits caillots dans ses garde-robes. Nous l'engageons à entrer à l'hôpital pour l'examiner sous le chloroforme.

Le 27. La malade entre à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Après anesthésie, la malade est placée dans la position dorso-sacrée, et on peut alors constater les détails suivants :

A la partie antérieure de l'anus, entre deux plis condylomateux, se trouve une petite ulcération plate, suppurante, non bourgeonnante, ne pénétrant pas dans l'anus et répondant

au fond du sillon interposé aux deux condylomes. Nous la touchons au thermocautère.

La muqueuse du canal anal et de la partie voisine du rectum, dans une hauteur de 6 à 7 centim. environ, a perdu son velouté et sa souplesse. Elle est manifestement épaissie, sa consistance est augmentée ; elle est plus ferme sans cependant être dure. On a la sensation d'un épaississement charnu, inégal. De là des saillies, des sortes de plis, de petites végétations dans la partie malade. Les lésions se limitent supérieurement suivant un contour à peu près circulaire au-dessus duquel on passe, *sans transition*, à une muqueuse rectale saine.

Après dilatation de l'anus et application du spéculum, il est facile de confirmer par la vue les caractères des lésions constatées par le toucher : La muqueuse rectale épaissie présente quelques saillies simulant des plis ; d'une manière générale, elle a un aspect chagriné à gros grains, lui donnant un aspect de maroquin à mamelons un peu aplatis. Les lésions commencent dans l'anus à la limite de parties d'apparence cicatricielle, et s'arrêtent supérieurement, *suivant un contour circulaire net* qui fait relief par rapport à la muqueuse saine sus-jacente ; celle-ci a sa teinte grisâtre normale, tandis que les parties malades sont d'un rouge vif. Il n'existe pas, à proprement parler, d'ulcération, mais toute la surface est exulcérée, présente par places de petits caillots sanguins noirâtres, résultant de ce fait que le moindre attouchement détermine sur ces surfaces suppurantes un léger suintement sanguin.

M. Hartmann excise un petit carré granuleux, touche au thermocautère les végétations les plus saillantes, et panse avec un drain entouré de gaze iodoformée.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE du petit fragment de muqueuse rectale excisée a été fait au laboratoire du professeur Cornil, par M. TOUPET.

Il est recouvert sur presque toute son étendue par une mince couche cornée faisant défaut en quelques endroits. Au-dessous de cette couche cornée, on trouve une zone embryonnaire vascularisée, avec des vaisseaux perpendiculaires à la muqueuse ; plus profondément, quelques faisceaux fibreux avec des éléments embryonnaires disséminés en nappe, et réunis par endroits en amas arrondis, sous forme de petits nodules, limités à la périphérie par une zone scléreuse.

Les coupes d'artères, qui sont assez nombreuses, présentent presque partout un épaississement considérable de leur membrane interne, épaississement limité à certaines portions du vaisseau. Il y a, par conséquent, des lésions d'endartérite syphilitique non douteuses.

La malade, à laquelle M. Hartmann conseille l'extirpation de la portion malade de muqueuse, quitte l'hôpital le 7 août, sans incident, mais continuant à suppurer.

Elle va immédiatement consulter le professeur Le Dentu. Celui-ci prescrit des lavements au nitrate d'argent 0,20 centigr. pour 150 gr. d'eau distillée, un tous les huit jours, quotidiennement un lavement boriqué, enfin, à chaque repas, deux des pilules suivantes (tartrate double de fer et de potasse 3 gr., poudre de cannelle 2 gr., miel q. s. ; pour 40 pilules).

Le 19 septembre 1892, se trouvant toujours dans le même état, la malade retourne consulter le Dr Balzer. Celui-ci conseille de faire une série d'injections d'huile grise (5 centigr. d'hydrargyre tous les cinq ou six jours), de boire 4 gr. d'iodure de potassium par jour, de prendre localement des lavements d'eau boriquée, et d'introduire dans le rectum des mèches de gaze iodoformée.

En décembre, elle retourne chez Le Dentu, qui prescrit de nouveau des lavements

avec une solution de nitrate d'argent alternant avec d'autres iodo-iodurés (teinture d'iode 5 gr., iodure de potassium 1 gr., eau 200 gr.), adjoignant au traitement local un traitement général, consistant en frictions mercurielles et en iodure de potassium à l'intérieur.

Tous ces traitements, suivis du reste assez irrégulièrement, n'amenèrent aucune amélioration, bien au contraire. En août 1893, des phénomènes de rétrécissement de l'intestin s'étant accentués, elle dut commencer à recourir au passage de bougies rectales.

Le 30 décembre 1893, nous revoyons de nouveau la malade : depuis trois mois, elle passe assez régulièrement des bougies, et grâce à cela peut avoir des garde-robes faciles. Il se fait constamment par l'anus un écoulement de pus, quelquefois mêlé de sang. A l'examen extérieur, on voit au pourtour de l'anus quelques productions condylomateuses flasques. Le doigt, introduit dans le rectum, trouve une muqueuse indurée, inégale, végétante, bien qu'elle n'ait pas entièrement perdu sa souplesse. Le *rectum est manifestement rétréci :* le rétrécissement, commençant au niveau de l'anus, va croissant pour atteindre son maximum à 6 centim. environ de l'orifice ; il admet en ce point le doigt assez facilement. Un peu de saignement à la suite de l'exploration. Nous conseillons de continuer l'usage des bougies.

La malade, qui a continué l'usage des bougies, se trouve un an plus tard, en janvier 1895, dans le même état.

L'examen d'un petit fragment de muqueuse rectale excisé à la période d'infiltration gommeuse, avant l'existence d'un rétrécissement, nous montre en même temps que des modifications du revêtement épithélial, qui cesse d'être cylindrique pour prendre le type corné (1), une infiltration d'éléments embryonnaires avec formation de petits nodules entourés d'une zone scléreuse, et endartérite du type syphilitique.

Nous verrons plus tard, en étudiant l'anatomie pathologique des rétrécissements, comment ces lésions se modifient, comment dans l'épithélium corné apparaît une couche papillaire, comment se forment des plaques scléreuses résistantes ; mais toujours nous retrouverons les mêmes lésions caractéristiques, les nodules embryonnaires entourés de tissu scléreux et les lésions spéciales de l'endartérite syphilitique.

On comprend dès lors très bien, qu'à son stade initial, le syphilome rectal, ne contenant encore que des cellules jeunes, peut se résorber par le traitement. C'est là un fait qu'a noté Fournier dans ses leçons (2) et que vient tout récemment de constater à nouveau le professeur Verneuil (3).

(1) Cette substitution de l'épithélium corné à l'épithélium cylindrique est habituelle dans les rectites et dans les rétrécissements. (Voir l'anatomie pathologique de ces diverses affections.)

(2) FOURNIER. *Loc. cit.*

(3) VERNEUIL. Sur un cas de syphilome périnéo-ano-rectal. *Bulletin de l'Académie de médecine*, décembre 1894, p. 520.

La même guérison a été obtenue par Taylor dans un cas où les lésions de la muqueuse rectale offraient, à part leur moindre extension, un aspect absolument identique à celui de notre malade. Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, qui avait contracté la syphilis en 1878. En 1887, il revint consulter Taylor pour un petit écoulement gluant, quelquefois teinté de sang, par le rectum. « L'examen ne fait découvrir aucune lésion de la région anale, mais à sa jonction avec la portion ampullaire, à une distance d'environ 2 pouces, sur la paroi postérieure et gauche du rectum, il y avait une portion nettement épaissie de la membrane muqueuse, d'environ 1 pouce et demi de long sur 2 de large, ayant des bords tranchants et abrupts. Elle était manifestement surélevée, d'environ un tiers de pouce ; sa surface était plus ferme, moins élastique que le reste du rectum ; elle donnait au toucher la sensation d'une production verruqueuse, quelque peu papillomateuse. L'examen ne déterminait aucune douleur. Avec le spéculum, on voyait que la plaque avait une coloration rouge foncé et que de nombreuses petites élevures hérissaient sa surface. Un peu de muco-pus sanguinolent la recouvrait. Au-dessous d'elle, vers l'anus, se trouvait une petite ulcération » (1). La tuméfaction disparut, au bout de quatre mois de traitement, en laissant un peu d'épaississement de la muqueuse. Ces faits sont malheureusement exceptionnels.

Le *traitement* des lésions syphilitiques tertiaires du rectum est essentiellement celui des manifestations de même ordre dans d'autres régions du corps, iodure de potassium à haute dose combiné à des frictions mercurielles. Localement on fera des irrigations rectales avec des solutions d'acide borique, de naphtol β, ou encore, comme le conseille Taylor, des irrigations alcalines chaudes. Des mèches, enduites de pommade iodoformée et d'onguent napolitain, pourront encore être d'utiles adjuvants. On cherchera à rendre les fèces aussi peu septiques que possible, en soumettant le malade au régime lacté et à l'ingestion d'antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol, naphtol β, bétol, etc.).

(1) TAYLOR. Four cases of late syphilitic lesions of the rectum. *Journ. of cutan. and venet. diseases*, New-York, août 1886, t. IV, p. 225. (Dans ce même travail on trouve une autre observation de même ordre.)

Ces divers moyens seront toutefois insuffisants dans quelques cas. Cela ne doit en rien nous étonner et ne doit nullement autoriser à nier la nature syphilitique des lésions. Il y a une trentaine d'années, bon nombre de lésions syphilitiques de la face amenaient, en dépit du traitement interne le mieux approprié, des destructions très étendues du nez et de la face. Aujourd'hui on guérit parfaitement ces lésions en combinant au traitement interne des cautérisations locales énergiques, avec le chlorure de zinc en particulier. C'est là un point que M. Lailler a bien montré et qui est aujourd'hui passé dans la pratique.

Quoi d'étonnant que, dès lors, on ait eu au niveau du rectum des insuccès par la seule médication interne ? Nous le comprenons d'autant mieux que, par son siège, la lésion est constamment irritée par le passage des matières fécales et par les inoculations septiques qui accompagnent celui-ci.

Aussi acceptons-nous une pratique suivie depuis longtemps par les chirurgiens anglais ou américains. Partant de cette idée que si l'on pouvait écarter les matières fécales de l'ulcération, celle-ci cesserait de provoquer des douleurs et pourrait même, dans certains cas, guérir, ces chirurgiens n'ont pas hésité à faire la colotomie. Le principe en est nettement posé par Mason dès 1873 (1). A une époque plus rapprochée de nous, Hahn reprit, en Allemagne, cette pratique (2). Sa première malade, opérée en 1880, vit ses ulcérations rectales se cicatriser rapidement, sa santé redevenir florissante. Malheureusement, elle mourut de pyohémie, lorsque deux ans après Hahn voulut réparer ses lésions. Nous avons eu recours de même avec avantage à la colotomie chez une malade atteinte de rectite syphilitique sans rétrécissement.

Obs. XIII. — *Rectite syphilitique sans rétrécissement. Colotomie. Amélioration.* — B..., 34 ans, nous est adressée au pavillon Pasteur, le 13 juin 1893. Quatre grossesses à terme. Le premier enfant est mort à l'âge de 2 mois.

En 1890, symptômes de rectite au quatrième mois d'une grossesse ; selles sanguinolentes, petits élancements dans l'anus, surtout après une station debout. Un médecin appelé diagnostiqua des hémorrhoïdes internes.

(1) Mason (Erskine). Six cases of colotomy, etc. *Americ. J. of the med. sc.*, Philad., 1873, t. II, p. 376.

(2) Hahn. *Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1883, t. XXIX, p. 395.

Après l'accouchement, les symptômes de rectite, loin de s'amender, s'aggravèrent. Constipation habituelle.

En septembre 1892, apparaissent les premiers écoulements de pus, tellement abondants qu'ils obligent la malade à se garnir. Ces écoulements sont parfois sanguinolents. Le ténesme, les douleurs, les élancements persistent. État dyspeptique, amaigrissement, vomissements, teint jaune.

En avril 1893, l'état général devient mauvais, la constipation est opiniâtre; Mme B... reste couramment de cinq à huit jours sans aller à la selle, les selles sont très douloureuses, mais, en dehors de la défécation, les souffrances sont persistantes. Un médecin consulté, sentant au toucher une plaque assez dure sur la face antérieure du rectum, m'adresse la malade avec le diagnostic : épithélioma.

On rencontre, en effet, sur la face antérieure du rectum, une plaque assez dure, granuleuse, saignant facilement, sécrétant du muco-pus, mais cette plaque est peu épaisse, elle est superficielle. Il est manifeste qu'il s'agit d'une induration en nappe de la muqueuse, et non de noyaux néoplasiques. Outre cette rectite, il existe, au dehors de l'anus, de petits condylomes dont quelques-uns sont exulcérés. La malade s'est peu observée, il est difficile de savoir si elle a présenté des manifestations syphilitiques, mais les caractères des lésions ano-rectales et les aveux du mari, qui nous déclare avoir eu la syphilis depuis son mariage, il y a peu d'années, ne nous laissent aucun doute sur la nature de la rectite. La malade réclame à tout prix une opération qui allège ses souffrances.

Le 20 juin. Colotomie iliaque avec éperon, par M. Quénu. Traitement du rectum par de grands lavages bi-quotidiens et par des pansements iodoformés. Mme B... se lève dès le huitième jour et ressent bien vite un énorme soulagement de son opération ; les douleurs sont supprimées, et l'appétit renaît. Elle quitte l'hôpital au bout de quatre semaines, très satisfaite, ayant des selles très régulières par l'anus iliaque. Traitement spécifique.

Octobre 1893. Aucune douleur depuis l'opération, la muqueuse rectale est moins granuleuse, l'écoulement purulent est diminué, mais non supprimé.

Juillet 1894. L'état général est excellent, la malade se trouve tellement heureuse de ne pas souffrir, qu'elle n'agite pas la question de la fermeture de son anus iliaque. L'état local est sensiblement le même qu'en octobre 1893.

Décembre 1894. Aucun changement.

Georges Elder a vu, après la colotomie combinée au traitement interne, se cicatriser complètement des ulcérations du rectum qui, chez une syphilitique, avaient été rebelles au seul traitement interne (1). Allingham, dans son traité des maladies du rectum, rapporte plusieurs cas analogues.

Il est évident que si les lésions ne remontent pas trop haut, nous préférerons à cette pratique l'ablation de la partie malade par les voies naturelles, avec autoplastie immédiate consécutive.

(1) Elder (Georges). Seven cases of colotomy, with remarks. *Lancet*, London, 5 mai 1883, t. I, p. 770.

Sick, en 1890, n'a pas hésité à extirper les 8 derniers centimètres de rectum dans un cas d'ulcération syphilitique, pour lequel il avait préalablement fait la colotomie iliaque. Cette ablation faite, en l'absence de tout rétrécissement, après résection du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée, a été couronnée de succès (1).

Ces opérations nous paraissent d'autant plus indiquées, qu'abandonnées à elles-mêmes les lésions syphilitiques de la partie terminale du rectum s'étendent progressivement, se compliquent de phénomènes inflammatoires surajoutés, dépendant de l'infection secondaire dont elles sont le siège, et aboutissent quelquefois à ces rectites proliférantes et sténosantes dont le traitement ne laisse pas que de présenter les plus grandes difficultés.

4° Syphilis congénitale de l'anus et du rectum.

Les manifestations de la syphilis héréditaire au niveau de l'anus sont fréquentes au cours de la première année de la vie. Elles sont plus rares dans la syphilis héréditaire tardive, comme le montrent les relevés de Fournier qui, sur 53 cas de lésions cutanées, ne note qu'une syphilide péri-anale (2).

Elles se présentent le plus souvent sous la forme d'une sorte d'érythème avec de nombreuses fissures sèches, que l'on confond facilement avec les lésions irritatives déterminées par le contact de l'urine et des matières fécales. La peau, épaissie, est rouge ou cuivrée ; entre les plis radiés se voient de petites fissures sèches qui ne s'étendent pas au-dessus du sphincter. Si la maladie n'est pas traitée, des ulcérations apparaissent dans les trois ou quatre premiers mois. Ces ulcérations sont beaucoup plus fréquentes que sur le tronc et les membres, ce qui tiendrait, suivant Parrot, à l'action irritante des déjections. Elles sont peu profondes ; leurs bords semblent taillés à l'emporte-pièce. Leur fond, d'un rouge saumon, d'autres fois gris ou jaunâtre, est le siège d'un suintement séreux. Il est rare qu'elles couvrent une grande étendue sans dis-

(1) Sick (C.). Ueber Extirpation des Rectum bei syphilitischen. Erkrankung *Jahrbücher der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten*, 1890, t. II, Leipzig, 1892, p. 491.

(2) Fournier (A.). *La syphilis héréditaire tardive*, Paris 1886, p. 331.

continuité ; elles affectent la disposition de rigoles très sinueuses (1).

Le diagnostic est facilité par la concomitance d'autres lésions syphilitiques sur le reste du corps. Toutefois, il faut se défier de la syphilis infantile acquise et bien préciser l'époque à laquelle la syphilis est apparue chez les parents.

Obs. XIV. — *Syphilis anale infantile acquise.* — Une petite fille de 2 ans et demi m'est amenée en 1893, au dispensaire Péreire, pour une tumeur frontale fluctuante, juste au-dessus de la racine du nez : incision, écoulement de pus ; cette tumeur datait de trois mois.

Il y a six semaines, il est survenu à l'anus deux ulcérations ; aujourd'hui on observe de chaque côté de l'anus deux ulcérations rondes, superficielles, à bords non décollés, légèrement indurés sur une partie de la circonférence, souples et plats dans le reste, d'une teinte rouge avec quelques parties grisâtres ; de l'une des ulcérations partent des fissures multiples, convergeant vers l'anus ; en dehors de cette ulcération, petit condylome. Adénite inguinale droite non douloureuse.

Il y a un an, cette enfant avait déjà présenté une éruption sur tout le corps, et des rougeurs autour de l'anus ; à cette époque, le père de l'enfant eut un chancre induré de la verge, et fut soigné pour la syphilis.

Traitement spécifique. Guérison de l'ostéo-périostite frontale et des ulcérations anales.

A part cette manifestation, la syphilis héréditaire de la région ano-rectale est peu connue, peut-être parce qu'on néglige l'examen systématique du rectum.

Tuttle (2) relate l'observation d'une fillette de deux ans, venue à sa clinique, et souffrant, presque depuis sa naissance, d'une inflammation autour du rectum. L'examen lui fit constater, outre une syphilide tuberculeuse des plis fessiers, un épaississement et une sécheresse de la paroi rectale, avec trois gommes bien distinctes dans l'épaisseur de celle-ci. Il y avait une syphilide papuleuse sur le reste du corps. Le père eut, sous les yeux de Tuttle, une éruption tertiaire. Tous deux s'améliorèrent rapidement par le traitement.

Ball (3), de son côté, dit avoir vu chez un enfant de dix ans, porteur de « dents d'Hutchinson » et d'une kératite interstitielle, un rétrécissement du rectum ; l'infiltration des parois de l'intestin évoqua, en son esprit, l'idée du syphilome ano-rectal de Fournier.

(1) Parrot. *La syphilis héréditaire et le rachitis*, Paris, 1886, p. 38.
(2) Tuttle. *A system of genito-urinary diseases*, New-York, 1893, t. II, p. 436.
(3) Ball. *The rectum and anus*, London, 1887, p. 184.

Disons enfin que Bodenhamer (1) regarde la syphilis héréditaire comme une cause occasionnelle de rétrécissement congénital.

IV. — Tuberculose ano-rectale

La tuberculose se développe au niveau de la région ano-rectale, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, soit dans le tégument même de la région. L'histoire de la tuberculose du tissu cellulaire rentrant dans celle des abcès ou des fistules, nous renvoyons leur étude aux chapitres qui traitent de ces questions, et nous ne nous occuperons ici que de la tuberculose du revêtement de la région. Celle-ci doit être étudiée séparément au niveau de l'anus et au niveau du rectum.

1° Tuberculose anale (2).

A la suite de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de foyers primitivement sous-cutanés, on peut voir de larges destructions du tégument de la région qui ne méritent pas de description spéciale. Le fait primordial dans ces cas est l'existence du foyer tuberculeux sous-cutané ; c'est aussi le fait capital au point de vue thérapeutique. Nous laisserons donc de côté ces ulcérations secondaires qui doivent être absolument différenciées des lésions tuberculeuses primitives de la peau.

L'étude des lésions tuberculeuses du tégument anal présente des particularités intéressantes. Tandis que, dans certaines régions, telles que la face, la lésion cutanée décrite sous le nom de *lupus*, lésion généralement regardée comme tuberculeuse, est relativement fréquente, à l'anus elle est rare. Certes l'anus peut être envahi secondairement par un lupus né dans les régions voisines, mais le lupus primitif de l'anus constitue une lésion des plus exceptionnelles. On doit lui rapporter peut-être quelques observations d'*esthiomène de la région ano-vulvaire*, et

(1) Bodenhamer. *The congenital malformations of the rectum and anus.* New-York, 1860, p. 63.

(2) Les documents servant à établir les différents points exposés dans ce chapitre se trouvent tout au long dans Hartmann. Contribution à l'étude de la tuberculose anale. *Revue de chirurgie*, Paris, 1894, p. 1.

presque certainement le *lupoïd ulcer* d'Allingham; celui-ci survient chez des scrofuleux avérés et est caractérisé par le développement progressif d'une ulcération destructive, débutant à la jonction de la peau et de la muqueuse, ulcération irrégulière, à bords nettement découpés, nullement indurée, pouvant se cicatriser partiellement pour se réulcérer ensuite. Sur cinq malades d'Allingham, deux ont succombé à de la diarrhée, trois à de la phtisie pulmonaire. Ces divers caractères permettent d'avoir de fortes présomptions au sujet de la nature tuberculeuse de la lésion. Toutefois, comme la consécration anatomique manque, nous laisserons ces faits de côté.

a) *Lupus de l'anus.*

Le lupus est, avons-nous dit, rare au niveau de l'anus; il s'y montre le plus souvent associé au lupus des organes génitaux de la femme. Alors même qu'on laisse de côté les observations anciennes d'*esthiomène*, dénomination sous laquelle on a englobé des faits disparates, nous trouvons, à une époque rapprochée de nous, des cas indiscutables de lupus des organes génitaux et de l'anus. Tel un cas de Bender (1), où l'ulcération déprimée, à bords minces, adhérents, de couleur brun foncé, occupant la grande lèvre gauche, s'étendait à la région anale et même à la muqueuse rectale. Sur celle-ci, dans une étendue restreinte, on voyait, entre de grandes cicatrices déprimées et blanchâtres, des ulcérations arrondies et serpigineuses avec granulations et pus mal lié à leur surface. Sur les cicatrices elles-mêmes se montraient en grand nombre des granulations brillantes, rouge brun, les unes en partie exulcérées, les autres avec l'efflorescence typique du lupus parfaitement reconnaissable. La malade présentait des signes de tuberculose pulmonaire.

Dans un autre cas d'Angus Mac Donald (2), les lésions étaient encore bien plus étendues, et toute la région ano-périnéale avait disparu pour faire place à un énorme creux.

Comme lupus limité à la région anale, nous ne connaissons que deux

(1) Bender. Ueber Lupus der Schleimhaüte. *Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.*, Wien, 1888, p. 891.

(2) Angus Mac Donald. *Edinburgh med. Journ.*, april 1884, p. 910.

cas : l'un est dû à Schuchardt (1), l'autre nous a été communiqué par M. E. Besnier; dans les deux cas il s'agissait d'un lupus développé au niveau de l'orifice externe d'une fistule.

Dans le premier, la lésion, en forme de demi-cercle, encadrant la cicatrice d'une opération de fistule, semblait serpigineuse, constituée de nodules isolés, présentant le volume de la moitié d'un grain de chènevis, aplatis et étant, notamment au niveau des parties les plus périphériques, de coloration brune. En certains endroits, on trouve que ces nodules ont pour centre un follicule pileux. Parfois, celui-ci fait saillie et présente une coloration jaunâtre due à du sébum ou à du pus. Çà et là on trouve des croûtes.

L'examen histologique montra une infiltration des papilles par de petites cellules rondes, fréquemment réunies en nodules arrondis. Plus profondément, au-dessous de la zone des papilles, on trouve également de petits amas isolés de cellules rondes. Enfin, de véritables nodules lupeux, constitués par de grandes cellules épithélioïdes, entourant des cellules géantes et contenant des bacilles, se voient plus profondément, de préférence au voisinage des glandes sudoripares.

Dans le cas de M. E. Besnier, la lésion entourant l'orifice externe de la fistule consistait en une vaste surface cicatricielle et fibroïde au centre, papillomateuse en dehors de ce centre, bordée par une série de tubercules ulcérés, disposés à la périphérie en cinq ou six larges festons.

Obs. XV. — *Lupus de l'anus.* (Observation communiquée par M. E. Besnier.) — Abel C..., 38 ans, employé, entre le 13 mars 1884 dans le service de M. le Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave, n° 66.

Le père du sujet paraît être mort de paralysie générale ; la mère, d'un « ulcère de la matrice ».

Son enfance a été très difficile : nombreux abcès autour du cou, dont on retrouve les cicatrices. Il aurait eu une méningite dont il aurait été guéri par le mercure à haute dose. (Rien ne permet de dire si le sujet est ou non sous l'action de la syphilis héréditaire.)

A vingt ans, abcès anal ayant laissé une fistule.

État actuel. — Apparence et santé délicates ; système nerveux très ébranlé et affaibli. Pas de signes thoraciques manifestes.

A 4 centim. de l'anus, sur la région ano-fessière gauche, orifice fistuleux répon-

(1) Schuchardt. Ueber die tuberkulöse Mastdarmfistel. *Samml. klin. Vorträge*, n° 296.

dant à un trajet dans lequel on ne pénètre pas au delà de 4 centim. et par lequel ne paraît sortir ni gaz, ni liquide (fistule borgne externe).

Ce malade s'étant présenté au professeur Trélat pour se faire opérer de sa fistule, notre savant confrère nous l'a adressé en raison de la lésion cutanée entourant tout le territoire de la fistule, et qui consiste en une vaste surface cicatricielle et fibroïde au centre, papillomateuse en dehors de ce centre, bordée par une série de tubercules ulcérés, disposés à la périphérie en cinq ou six larges festons.

Le diagnostic ne pouvait être un instant douteux : affection cutanée chronique évoluant sur place depuis près de dix-huit ans autour d'une fistule anale ; cicatrisation fibroïde des points atteints d'abord et évolution excentrique par poussées tuberculeuses lentes. Ce ne pouvait être qu'une culture scrofulo-tuberculeuse, émanée d'un foyer gommeux péri-anal, et végétant à la manière du tubercule anatomique avec lequel la lésion présentait l'aspect le plus manifeste.

Ni le syphiloderme, ni le cancer épithélial cutané n'évoluent de cette manière, ne se présentent sous cet aspect, n'ont cette lenteur de processus. Une seule circonstance objective pouvait faire penser à la syphilis, c'était la bordure polycyclique ; mais la disposition annulaire figurée, bien que non habituelle, se rencontre dans quelques cas de lupus. Il n'est pas possible enfin de ne pas être frappé de l'extrême analogie que présente cette lésion, émanée d'un foyer fistuleux anal, avec la lésion émanée du foyer d'une amputation faite pour une tumeur blanche et que nous avons déposée dans le musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 951.

Le seul procédé de traitement applicable consistait dans la cautérisation interstitielle avec le thermocautère ou l'électrocautère, et dans la destruction, à l'aide des mêmes moyens, du trajet fistuleux ; l'état moral du malade, sa sensibilité maladive ne nous ont permis que de faire des cautérisations incomplètes, toujours interrompues, et il nous a quitté simplement amélioré dans son état local, en mai 1884. (Le moulage de ce malade est déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 980.)

b) *Tuberculose verruqueuse de l'anus.*

La tuberculose verruqueuse de l'anus a probablement été confondue le plus souvent avec les papillomes ou l'épithélioma. Les trois premières observations publiées l'ont été : deux par l'un de nous, l'autre par MM. Routier et Toupet, au dernier Congrès de la tuberculose (1).

Obs. XVI. — *Tuberculose verruqueuse de l'anus simulant un épithélioma.* (Observation communiquée par M. Duplaix.) — E. L..., 47 ans, blanchisseur, entre, le 4 février 1880, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 17, dans le service du professeur Trélat.

En 1865, attaque de rhumatisme articulaire aigu ayant laissé à sa suite une insuffisance mitrale. Alcoolisme manifeste avoué par le malade. Toux rebelle depuis plus d'un an, correspondant à un début de tuberculose pulmonaire.

(1) Hartmann. De la tuberculose anale. *Congrès de la tuberculose*, 3e session (1893), Paris, 1894, p. 509, et *Revue de chirurgie*, janvier 1894, p. 14. — Routier et Toupet. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, p. 506.

Mère morte d'un cancer récidivé du sein. Une sœur morte phtisique.

Le malade fait remonter le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital à deux mois seulement, au mois de décembre 1879. Il eut à ce moment une diarrhée violente, rebelle à tout traitement et accompagnée de douleurs peu intenses à l'occasion des garde-robes. C'est au cours de ces accidents, sans que le malade puisse préciser exactement l'époque de leur développement, que sont apparus, au niveau de l'anus, de petits boutons qui se sont ulcérés.

6 février. Le pourtour de l'anus est parsemé par places de petites végétations peu saillantes au-dessus de la peau saine qui les entoure. Par places, la peau ulcérée laisse voir de petites colonnes, séparées les unes des autres, agglomérées et adhérentes par une de leurs extrémités à la couche profonde, tandis que l'autre reste libre. Il y a là un mélange de petits mamelons et de parties villeuses. La lésion s'étend dans le canal anal, se prolongeant de 4 à 5 centim. jusque dans le rectum, où le doigt sent des anfractuosités plus ou moins nombreuses, séparées par des saillies. Le tout repose sur une base indurée, et donne une sécrétion purulente assez abondante, quelquefois mélangée d'un peu de sang.

Il y a de la diarrhée rebelle, avec incontinence des matières fécales.

Les ganglions inguinaux sont engorgés, mais nullement douloureux. Le malade souffre un peu en allant à la selle, mais en dehors de la défécation il ne se plaint pas.

L'état général est mauvais, le malade amaigri ; on trouve à l'examen des poumons des signes de phtisie pulmonaire au premier degré (aux deux sommets, respiration rude, prolongée, craquements ; matité surtout marquée à gauche).

L'examen de cette ulcération, reposant sur une base dure, faisait en général pencher les opinions vers le diagnostic épithélioma ; cependant la dureté des parties sous-jacentes à la surface ulcérée n'était pas celle qu'on est habitué à rencontrer dans cette sorte de tumeur. Aussi avait-on fait des réserves. Pour trancher la question, un fragment de l'ulcération fut excisé et remis à M. Malassez. Celui-ci, après examen, déclara qu'il ne pouvait se prononcer, que le fragment remis pouvait aussi bien correspondre à un papillome qu'à un épithélioma.

Dans ces conditions, M. Trélat décide d'enlever l'ulcération.

Le 25, après anesthésie, toutes les parties malades sont extirpées avec l'anse galvanocaustique.

Le 1er, le 3 et le 8 mars, à la chute d'escarres, il y a de petites hémorrhagies.

Le 10, toutes les escarres sont tombées ; la plaie a un aspect rose.

En fin mars la plaie reste dans un état stationnaire ; il y a de la diarrhée à laquelle s'ajoute en avril de la fièvre, le soir : 39°,6. Finalement le malade succombe le 1er mai.

En possession non plus d'un fragment de l'ulcération, mais de la pièce entière, M. Malassez put en reconnaître la nature. Il s'agissait d'une forme de tuberculose cutanée, comme le montre la description suivante :

On trouve dans le tissu de l'ulcération des follicules tuberculeux avec leurs trois zones : cellule géante, zone épithélioïde, couronne embryonnaire. Ces follicules infiltrent la muqueuse et le tissu sous-jacent. En certains endroits ils sont en grand nombre, juxtaposés, et constituent de véritables granulations tuberculeuses. En quelques points même on constate au centre de ces amas un aspect granuleux, début de dégénérescence caséeuse, ce qu'on n'observe guère dans le lupus cutané vrai, et ce qui est en rapport avec le processus plus rapide de la tuberculose cutanée.

Nous n'ajouterons aucun commentaire à cette observation, qui mérite d'être lue en entier et qui montre nettement comment, dans certains cas, rares du reste, la tuberculose peut simuler l'épithélioma ou le papillome.

Dans un autre cas, nous avons vu, au voisinage d'un abcès froid de la marge de l'anus, la peau revêtir des caractères franchement papillomateux, par suite de son infiltration tuberculeuse. On peut, croyons-nous, rapprocher à certains points de vue cette seconde observation de la précédente :

Obs. XVII. — *Tuberculose verruqueuse de l'anus avec abcès tuberculeux.* — A. F..., 37 ans, concierge, entre le 10 janvier 1885 dans le service du professeur Guyon, à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 11.

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Fluxion de poitrine il y a quatre ans, ayant duré un mois. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, abcès à l'anus, ouvert spontanément et resté fistuleux.

A l'examen de l'anus on trouve, un peu en arrière de l'orifice, sur la ligne médiane postérieure, l'orifice externe un peu ulcéré d'un trajet fistuleux qui remonte à 6 centim. environ sous la peau et la muqueuse. En avant et à droite de l'anus, tuméfaction un peu aplatie, rosée, molle, fluctuante, offrant les caractères d'un petit abcès froid.

A droite de l'anus, plongeant dans son orifice, on trouve un placard à grand diamètre transversal, mesurant 3 centim. et demi environ, dont les bords festonnés se continuent avec les parties environnantes, dont le fond papillomateux, un peu croûteux, apparaît, lorsqu'on a fait tomber les croûtes, rouge, suintant, comme formé par l'accolement d'une série de petits bourgeons assez fermes ayant tous à peu près la même hauteur, formant ainsi plaque, et séparés par des dépressions d'où la pression fait sourdre un peu de pus.

La base de l'ulcération n'est pas indurée, à part son extrémité antérieure qui surmonte l'abcès décrit. Le tout est indolent.

L'état général est bon ; on entend cependant des craquements au niveau des deux sommets.

Au bout de quelque temps, le malade, ayant été un peu amélioré par des pansements réguliers, quitte l'hôpital.

Le 12 janvier, nous inoculons avec un petit fragment du tissu de la plaque deux cobayes sous la peau de la paroi abdominale.

L'un meurt le 9 mars : il existe de petits nodules caséeux dans les points inoculés (mamelon droit et paroi) ; dans l'aine droite, groupe de ganglions caséeux ; ganglions volumineux dans l'aisselle correspondante. A gauche, les ganglions sont de même caséifiés. Le nodule caséeux de la paroi abdominale a dépassé les limites du tissu cellulaire sous-cutané et a envahi toute l'épaisseur de la paroi. Il existe une tuberculose généralisée, surtout marquée au niveau de la rate.

Le deuxième cobaye meurt le 11 mars, offrant les mêmes signes de généralisation tuberculeuse

Dans le cas de MM. Routier et Toupet, il s'agissait d'un homme de 45 ans, ayant sur la fesse droite, partant de l'anus, une plaque triangulaire formée par une série de croûtes ou de mamelons d'aspect rouge, non ulcérés. Les sillons, qui séparaient les mamelons, sécrétaient une sorte de sanie et étaient parcourus par des érosions. Pas de ganglions appréciables. L'aspect mamelonné de la plaque était dû à un développement considérable des papilles, entre lesquelles s'enfonçaient des prolongements épidermiques. A un grossissement plus considérable, on constatait, dans la partie superficielle du derme et dans les prolongements papillaires eux-mêmes, des traînées de cellules embryonnaires à formes généralement arrondies, et, au milieu de ces amas de cellules, on distinguait nettement des cellules géantes, remarquables par leur volume : certaines contenaient jusqu'à 25 ou 30 noyaux. L'examen bactériologique permit d'y déceler des bacilles tuberculeux très nets.

Si nous rapprochons ces trois observations, nous voyons que, dans un cas, la lésion était exclusivement cutanée, et que, dans les deux autres, elle pénétrait dans le canal anal. La plaque à fond papillomateux un peu croûteux apparaissait, une fois les croûtes tombées, comme formée par l'accolement d'une série de petits mamelons ou de parties villeuses, séparées par des excavations suintantes. La base était un peu indurée, tout en ne présentant pas la dureté spéciale de l'épithélioma ; les ganglions inguinaux étaient engorgés. Il s'agissait bien, dans les trois cas, de lésions tuberculeuses, comme le montra dans un cas l'inoculation d'un fragment de la plaque, et dans les deux autres l'examen histologique.

A un examen microscopique rapide, on pourrait croire à un papillome en présence de papilles extrêmement développées, séparées par des prolongements épidermiques, qui s'enfoncent profondément dans le derme et s'anastomosent les uns avec les autres. Mais à un grossissement plus fort on reconnaît, dans la partie superficielle du derme et dans les prolongements papillaires eux-mêmes, des traînées de cellules embryonnaires contenant des cellules géantes et des bacilles. Dans un cas même il y avait de véritables follicules tuberculeux avec leurs trois zones (cellule géante, zone épithélioïde, couronne embryonnaire), se

juxtaposant par places pour constituer de véritables granulations tuberculeuses dont quelques-unes présentent même au centre un aspect granuleux.

c) *Ulcérations tuberculeuses.*

Les ulcérations tuberculeuses proprement dites de l'anus, tout en étant beaucoup plus fréquentes que la tuberculose verruqueuse, sont cependant assez rares. Aux 29 observations réunies dans le mémoire publié par l'un de nous (1), nous pouvons ajouter deux nouveaux cas, l'un personnel, l'autre dû à Kramer (2).

Ne voulant pas donner ici ces diverses observations qui se ressemblent toutes, nous nous contenterons d'en relater cinq absolument typiques :

Obs. XVIII. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus* (3). — A. J..., 33 ans, garçon de magasin, entre le 29 avril 1886, dans le service du professeur Bouchard, à l'hôpital Laribosière, salle Saint-Landry, n° 26, pour des accidents de tuberculose pulmonaire. Son père est mort à 61 ans, sa mère à 34, phtisique. Un frère toussant habituellement.

Dans les antécédents personnels, nous relevons une fluxion de poitrine et une pleurésie à 4 ans ; à 6 ans, petite vérole ; à 10 ans, fièvre typhoïde. Ce malade a commencé à tousser il y a deux ans environ, et depuis cette époque il a constamment été souffrant, toussant et crachant avec des alternatives de rémission et d'augmentation. Jamais d'hé-

(1) Hartmann. *Rev. de chir.*, Paris, 1894, p. 1. Ces 29 cas se composaient de 17 observations publiées (Malassez, *Bull. de la Soc. anatom.*, Paris, 1871, p. 12; Esmarch, *Die Krankheiten der Mastdarmes*, Stuttgard, 1887, p. 87; Martineau, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1874, 2e sér., t. XI, p. 138; Féréol (2 cas), *ibidem*, p. 159 ; Liouville, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1874, p. 585 ; D. Mollière, *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877, p. 651 ; Spillmann, *De la tuberculisation du tube digestif*, Th. agrég., Paris, 1878, p. 190 ; Gosselin, *Gaz. méd. de Paris*, 27 mars 1880 ; Letulle, in Primet, *Étude clin. sur les ulcér. tub. de l'anus*, Th. Paris, 1880, n° 392; Duplay, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1882, 7e sér., t. X, p. 82; Babès, *Bull. de la Soc. anatom.*, Paris, 1883, p. 341 ; Ritzo, *Contrib. à l'étude de la tubercut.*, Th. de Paris, 1886-1887, n° 204, p. 63 ; Vallas, *Sur les ulcér. tub. de la peau*, Lyon, 1887, p. 86 ; Charles B. Ball, *The rectum and anus*, London, 1886, p. 123 ; Hamonic, in Mourrat, *Contrib. à l'étude de la tub. ano-rect.*, Th. de Paris, 1887-1888, n° 44, p. 61 ; Derville, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 18 avril 1890, p. 361). A côté de ces 17 observations publiées, nous relatons 12 observations inédites, la plupart accompagnées d'examen histologique.

(2) W. Kramer. Eine seltene Form von Analtuberkulose. *Centralblat für Chirurgie*, Leipzig, 21 april 1894, p. 363.

(3) L'observation de ce malade se trouve déjà, mais incomplète et sans examen histologique, dans la thèse de M. Ritzo, *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. Des ulcérations tuberculeuses*. Th. de Paris, 1886-1887, n° 204.

moptysie, quelques filets de sang dans les crachats huit jours avant son entrée, amaigrissement considérable depuis plusieurs mois.

A son entrée, on note : malade amaigri, système pileux très développé. Sonorité faible à la percussion des deux fosses sus-épineuses. Sous la clavicule gauche, se prolongeant jusque vers l'aisselle correspondante, on trouve à l'auscultation des râles sous-crépitants. En arrière, dans la fosse sous-épineuse gauche, l'inspiration est faible avec légère sibilance ; l'expiration est rude et s'accompagne de quelques craquements, surtout pendant la toux ; dans le reste du poumon gauche, respiration obscure, un peu de sibilance à l'inspiration, quelques râles peu nombreux, disséminés.

A droite, la respiration est faible dans la fosse sus-épineuse où l'inspiration s'accompagne d'un peu de sibilance.

Expectoration abondante très liquide, sans crachats muco-purulents. Toux quinteuse, accompagnée de douleurs sous la clavicule gauche.

Rien au cœur. Pas de diarrhée.

Le 6 juin 1886, notre ami Gilbert nous montre ce malade :

Le début de son affection anale est un peu obscur. Sans traumatisme, sans abcès, sans jamais rien d'aigu localement, le malade a commencé à éprouver au niveau de l'anus quelques démangeaisons en janvier dernier. Peu de temps après, il remarqua qu'il y avait un léger suintement à ce niveau. Celui-ci ayant persisté, il se montra à un de ses amis qui lui dit qu'il y avait là une petite plaie. Celle-ci se serait améliorée à la suite d'applications de pommade camphrée ; mais depuis deux mois l'ulcération se serait étendue de nouveau.

Actuellement, à l'examen de la région anale, on constate l'existence d'une ulcération circonscrivant l'orifice.

Cette ulcération est limitée du côté de la peau par un contour festonné nettement découpé et même un peu décollé par places. La peau avoisinante, un peu épaissie, est légèrement rosée au voisinage même de l'ulcération.

Le fond de l'ulcération est un peu anfractueux, excavé par places, grisâtre, non bourgeonnant, suppurant très peu et ne donnant, pour ainsi dire, qu'une sérosité louche. Dans les petites excavations se voient des points jaunâtres, caséeux.

A droite, l'ulcération ne pénètre pas l'anus, elle est limitée de ce côté par un bord un peu saillant, mamelonné par places, légèrement décollé en d'autres, partout nettement découpé. En arrière, elle plonge dans le canal anal où elle se limite de même par un bord net, un peu décollé par places.

En prenant l'ulcération entre deux doigts, on constate que ses bords ont une consistance un peu augmentée, sans que cependant on puisse, à proprement parler, dire qu'ils sont indurés. Cet épaississement est surtout marqué au niveau de la partie mamelonnée de ce bord.

Pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

Il n'y a pas de douleurs spontanées ; le malade ne se plaint que de démangeaisons et ne souffre que lorsqu'il a des selles un peu dures ; il se produit alors un léger écoulement sanguin. Le sphincter fonctionne bien, le toucher rectal est un peu douloureux.

L'examen du pus de l'ulcération, de même que celui des crachats, fait par M. Gilbert, y montre de nombreux bacilles tuberculeux.

La tuberculose pulmonaire fait, pendant les semaines qui suivent, des progrès rapides ; le 17 juin le malade est pris de diarrhée, le 26 de rétention d'urine ; il meurt le 2 juillet 1886.

Autopsie. — Les poumons sont en totalité infiltrés de tubercules, les uns récents, les

autres anciens, ramollis ; cavernules et cavernes. L'appareil génital (prostate, vésicules séminales et épididymes) est sain ; la vessie contient des granulations tuberculeuses, dont quelques-unes ulcérées.

Rien à noter dans le foie, la rate et les reins.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent rien de particulier ; dans le cæcum, on trouve une ulcération à bords nettement découpés, festonnés, à fond inégal, occupant la plus grande partie du cæcum. L'infiltration envahit toute l'épaisseur des tuniques ; elle soulève même par places la séreuse, qui est elle-même épaissie. L'appendice est sain.

On trouve sur le reste du gros intestin deux autres ulcérations : l'une sur le côlon transverse, l'autre sur le côlon descendant. Ces ulcérations ont la dimension d'une pièce de deux francs ; elles ont un bord nettement découpé, se continuant avec la muqueuse environnante. Du côté de la séreuse, on voit, au niveau de ces ulcérations, des granulations soulevant le péritoine.

FIG. 48. (Obs. XVIII, préparation de M. PILLIET.) — Sur cette coupe d'ensemble on constate l'extension de l'infiltration tuberculeuse au-dessous de l'épiderme encore sain. Le fond de l'ulcération est formé de bourgeons assez plats. Du tissu scléreux s'est développé entre les fibres musculaires.

Le rectum incisé, on constate qu'il existe au niveau de l'anus une ulcération qui occupe presque tout le pourtour du canal, ne laissant de sain qu'un pont d'un centimètre environ de largeur.

Cette ulcération mesure en hauteur environ deux centimètres ; elle occupe toute la région des plis semi-lunaires qui ont entièrement disparu.

Limitée du côté de la peau par un bord nettement découpé, elle ne remonte pas dans le rectum, s'arrêtant assez exactement à la limite du canal anal, où elle se limite de même par un bord nettement découpé et même décollé dans une certaine étendue. En un point elle semble avoir envahi le tissu sous-muqueux, dans le reste elle est superficielle.

La muqueuse rectale au-dessus est rouge, vascularisée ; ses lésions vont s'atténuant peu à peu.

Plus haut, sur la muqueuse rectale, deux petites ulcérations cratériformes, superficielles, l'une de la grandeur d'un grain de chènevis, l'autre de la grandeur d'une lentille.

Pas de ganglions dans le mésorectum, mais augmentation de volume des ganglions inguinaux.

Thrombose de la veine fémorale droite.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE de l'ulcération anale a été fait par M. PILLIET.

L'épiderme est très papillaire aux abords mêmes de l'ulcération ; mais, à une courte distance, il reprend ses caractères normaux, et le derme est relativement peu infiltré. Pourtant il existe des follicules tuberculeux sous l'épiderme sain en apparence. Le fond de l'ulcération est constitué par des bourgeons charnus assez plats contenant peu de follicules tuberculeux, mais renfermant une assez grande quantité de fibres musculaires, lisses et striées, ces dernières de beaucoup les plus abondantes. Il est donc bien évident que le sphincter est atteint. Ces fibres sont noyées dans un tissu scléreux très abondant. Ce tissu, qui contient un certain nombre de follicules tuberculeux, ne renferme que peu de cellules géantes ; on y rencontre encore des groupes de vaisseaux perméables. La marche de la lésion semble avoir été torpide. Le muscle strié est sclérosé dans les parties qui sont en contact avec l'ulcération. Il existe aussi dans les points où le muscle fait défaut un envahissement adipeux marqué des tissus.

OBS. XIX. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus.* — E. L..., 39 ans, charron, entre le 9 décembre 1886, pour une ulcération anale, dans le service du professeur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 13.

Ce malade, qui souffre depuis plusieurs années d'accidents tuberculeux pulmonaires et laryngés, est depuis un an sujet à de la diarrhée ; depuis la même époque il ressent une certaine gêne au niveau de l'orifice anal, mais sans douleur vraie.

A l'examen de l'anus, on constate l'existence d'une ulcération qui occupe sa partie droite et s'avance dans le canal anal. Cette ulcération est limitée par un contour festonné, très nettement découpé et même décollé par places. Ce décollement atteint un centimètre dans les parties les plus voisines de l'orifice anal. La peau qui entoure l'ulcération présente quelques altérations dans une étendue d'un centimètre environ. Elle est rosée, épaissie, d'apparence œdémateuse, avec cette particularité que l'œdème est légèrement rosé. Ces modifications de la peau du bord de l'ulcération vont s'atténuant peu à peu. Il n'y a pas d'altération du système pileux de la région.

Le fond de l'ulcération est inégal, grisâtre ; on y trouve des bourgeons de grandeur très variable dont les plus gros présentent à leur surface de petites éminences grosses comme des têtes d'épingle, d'un gris légèrement jaunâtre, que l'on ne peut faire disparaître ni par le lavage, ni par le grattage avec l'ongle.

Au toucher rectal, on constate que l'ulcération s'enfonce dans la partie droite du canal anal, atteignant une hauteur de 4 à 5 centimètres ; ces parties sont un peu indurées, et l'on sent assez nettement une partie déprimée centrale, limitée par deux bords plus fermes se rejoignant à la partie supérieure.

Le 15 décembre, après avoir endormi le malade, nous dilatons l'anus, excisons une portion de la partie cutanée de l'ulcération et grattons le reste. Pansement iodoformé.

Le malade quitte l'hôpital le 5 février 1887, l'ulcération n'étant pas encore complètement cicatrisée.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE du fragment excisé a été fait par notre ami M. PILLIET, qui nous a remis la note suivante :

1° *Partie encore recouverte d'épiderme.* — L'épiderme est celui d'une dermo-muqueuse sans couche cornée, avec des papilles très développées. Il existe une infiltration considérable des papilles ; cette infiltration diffuse occupe tout le chorion et s'enfonce même notablement dans la profondeur. Elle présente la plus grande ressemblance avec les infiltrations embryonnaires du lupus. De place en place, mais assez rarement, on rencontre, non pas dans les papilles, mais dans la couche choriale proprement dite, des follicules agglomérés, composés d'un certain nombre de cellules géantes qu'entourent des cellules épithélioïdes en partie nécrosées.

2° *Partie ulcérée.* — Au bord de l'ulcération les papilles deviennent très exagérées et

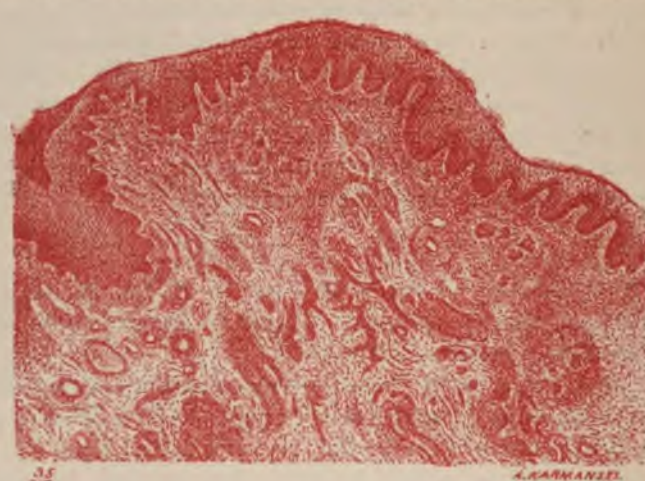
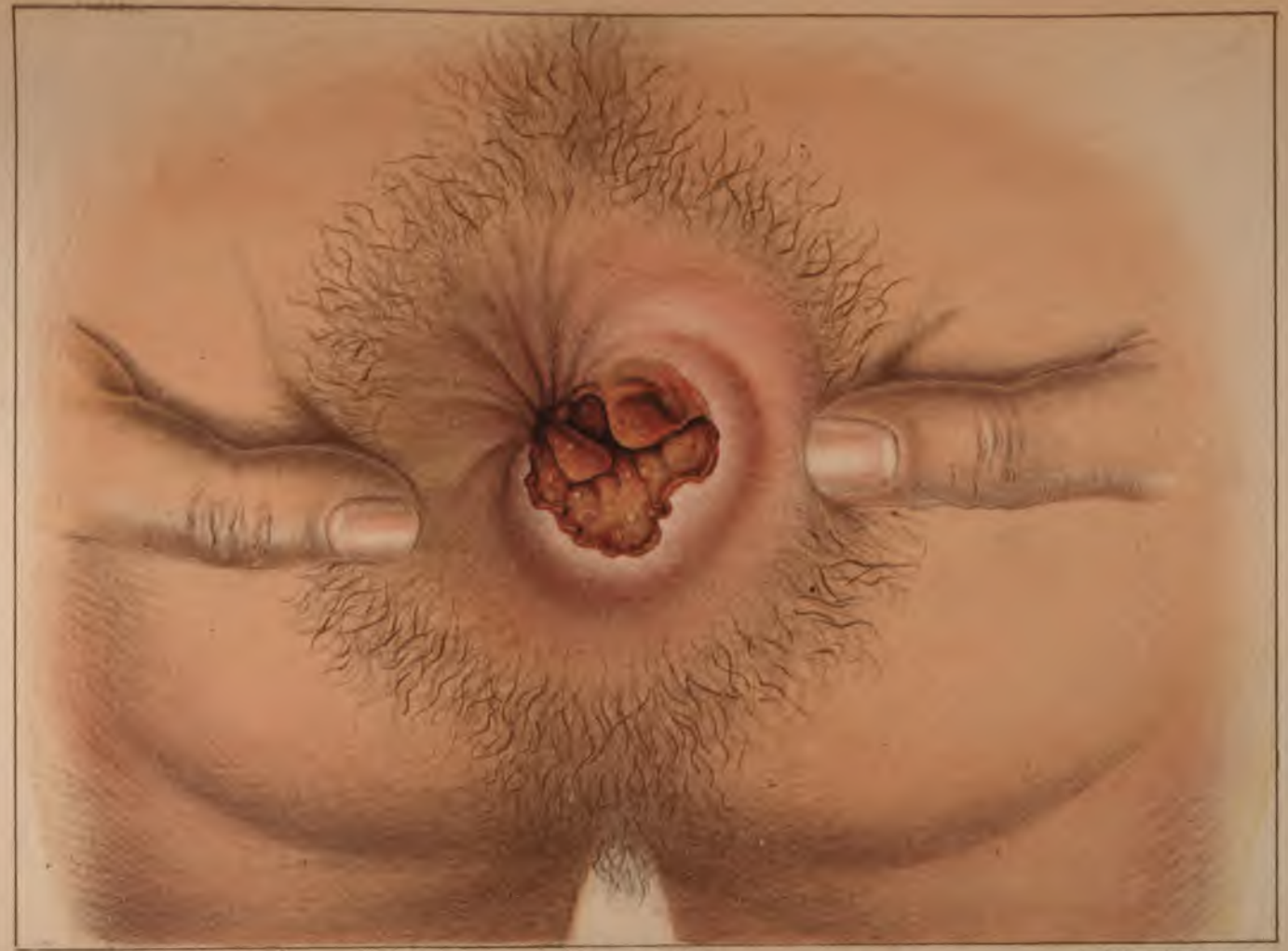


FIG. 49. (Obs. XIX, préparation de M. PILLIET.) — Coupe au niveau de la partie non ulcérée du bord cutané. La couche cornée est tombée ; les papilles, très dilatées, sont le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse qui occupe et dépasse le chorion. Par places, on voit dans la couche choriale des follicules agglomérés.

comme végétantes ; elles sont extrêmement chargées de petites cellules rondes et ces éléments paraissent infiltrer le revêtement épithélial qui se détache bientôt.

A un plus fort grossissement, on constate en effet que tout le corps de Malpighi, dont les cellules sont reconnaissables à leur noyau volumineux et clair, est infiltré de leucocytes à noyaux petits et groupés 2 par 2 ou 4 par 4.

L'ulcération est constituée par des bourgeons charnus volumineux, soudés, peu distincts, n'affectant par le caractère de végétations papillaires arborescentes, mais se montrant plutôt fusionnés en une même masse mamelonnée. Les vaisseaux y sont peu abondants. Pourtant sur cette pièce, l'ulcération est recouverte d'une couche de sang coagulé. Dans cette masse existent de grandes traînées caséeuses, orientées en général perpendiculairement à la surface de l'ulcération. Elles devaient s'ouvrir à la surface par de petits pertuis existant dans la masse bourgeonnante. Ces traînées sont revêtues de cellules



M. Bongontier, del. Imp. Monrocq, à Paris. G. Steinheil, Editeur, à Paris.

épithélioïdes et résultent de la fusion d'un grand nombre de follicules tuberculeux, car on rencontre une quantité de follicules isolés autour. Nulle part on ne voit de cellules géantes. Sur cette coupe de l'ulcération, on voit une artère épaissie, infiltrée dans toutes ses couches par des cellules embryonnaires.

3° Dans la profondeur, le muscle présente les mêmes lésions. On y voit des manchons assez abondants de cellules embryonnaires autour des vaisseaux artériels et surtout veineux ; il est facile de constater que ces traînées embryonnaires partent du chorion malade. Elles paraissent s'étendre à une grande distance, s'accompagnent d'une sclérose assez prononcée du tissu musculaire ; mais il faut noter que les vaisseaux qu'elles entourent sont plutôt dilatés et que nulle part ces manchons embryonnaires, de distribution assez irrégulière, ne présentent de formation caséeuse. On a donc affaire dans cette zone de propagation à la forme purement inflammatoire de la tuberculose, celle qui, dans le foie, provoque les bandes de cirrhose caractéristiques et indépendantes des follicules tuberculeux.

Obs. XX. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus.* — X..., 28 ans, professeur, a contracté la syphilis en mars 1889 (chancre, suivi de plaques muqueuses et d'éruption cutanée).

En avril 1891, il commença à ressentir quelques démangeaisons au niveau de l'anus, mais n'y attacha pas d'importance. En juillet, ces démangeaisons augmentèrent en même temps qu'il éprouvait localement une certaine gêne. Depuis un mois il remarque sur la chemise des taches de pus ; depuis quinze jours, il se plaint d'une douleur assez vive au moment des garde-robes et de quelques picotements pendant la marche. A deux ou trois reprises, la défécation s'est accompagnée d'un léger écoulement sanguin. Les lésions locales n'ont subi aucune modification à la suite d'un traitement spécifique institué par son médecin, pendant les mois de juillet et d'août.

24 décembre 1891. Lorsque les fesses sont au contact, on aperçoit à gauche l'extrémité épaissie et un peu rouge d'un pli rayonné. En déplissant fortement la région, on voit qu'il existe une ulcération de la partie postérieure et de la partie latérale gauche de l'anus. Cette ulcération est bordée en avant et à gauche par le repli hypertrophié signalé ; partout ailleurs, la peau qui l'entoure a un aspect normal.

Son bord même, arrondi d'une manière générale, est très finement découpé et comme constitué par la réunion d'une série de trous de la grandeur d'une tête d'épingle. Il est un peu surélevé par rapport à la peau avoisinante, avec laquelle il se continue en pente régulière ; il est, au contraire, du côté de l'ulcération, nettement découpé et même décollé par places.

Le fond de l'ulcération est un peu bourgeonnant en certains endroits, en d'autres il est plus creux, d'aspect caséeux, et l'on n'arrive pas à changer cet aspect par un essuyage avec de l'ouate hydrophile. Entre les bourgeons, on voit des dépressions jaunâtres de la grandeur de grains de millet. Profondément l'ulcération plonge dans le canal anal, mais il est difficile d'apprécier, par le toucher, ses limites, l'ulcération ne présentant aucune induration sous-jacente. Cette ulcération suppure, mais peu abondamment ; elle est à peu près indolente au toucher.

Malade maigre, présentant des signes de tuberculose pulmonaire au début (sommet droit). Santé générale médiocre, pas de diarrhée.

6 octobre 1891. Le malade étant entré dans la maison de santé de la rue Bizet, nous l'endormons, et, avec l'aide de notre interne et ami Michon, extirpons la portion

cutanée de l'ulcération, grattant et cautérisant la portion intra-anale après dilatation des sphincters et application d'une valve de Sims.

Pansement iodoformé. Drain dans l'anus.

Le 16. Le malade quitte la maison de santé; la plaie opératoire est en grande partie cicatrisée. Elle l'est complètement dans les derniers jours du mois.

Sur notre conseil, le malade demande à être professeur dans un lycée du Midi, où il est encore actuellement (janvier 1895), sans que jamais rien n'ait réapparu au niveau de l'anus.

Examen histologique d'un fragment, par M. Pilliet. — 1° L'épiderme est très épaissi, mais sans couche cornée. Au-dessous, tout le chorion est complètement envahi par une véritable éruption de follicules tuberculeux ayant tous à leur centre une cellule géante; ces follicules sont confluents. Les papilles sont extrêmement dilatées et remplies

Fig. 50. (Obs. XX, préparation de M. Pilliet.) — L'épiderme et le derme sont très épaissis. Les papilles, extrêmement dilatées, sont remplies de tissu embryonnaire. Ce tissu s'étend au-dessous et contient dans le plan sous-papillaire de nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes.

par du tissu embryonnaire, mais pourtant les follicules tuberculeux se retrouvent tous au-dessus du plan papillaire. Les papilles ne semblent destinées qu'à fournir des bourgeons charnus et non des follicules caséeux.

2° Le derme est extrêmement épaissi par suite de la présence de ces follicules ; sa hauteur dépasse de beaucoup celle du derme normal de la région ; ses différents éléments sont fusionnés, le tout est confondu en une masse embryonnaire dans laquelle se distinguent les follicules.

Les vaisseaux présentent les lésions de l'envahissement tuberculeux porté au plus haut point. Enfin, on peut voir dans l'épiderme même de petits amas de leucocytes siégeant

dans de grandes vacuoles que constituent les cellules du corps de Malpighi tuméfiées ; ce processus, qui est surtout net au voisinage des follicules tuberculeux, peut jeter un certain jour sur la façon dont l'épiderme est éliminé dans ces cas. Les vaisseaux ne sont pas seuls atteints, et l'on peut rencontrer des corpuscules de Pacini rendus presque méconnaissables par l'infiltration embryonnaire de leurs gaines.

INOCULATION d'un fragment à un cobaye, par M. MICHON, dans l'après-midi du 6 octobre. Le 30 novembre le cobaye meurt, présentant des ganglions caséeux dans les aines, et des granulations tuberculeuses généralisées.

OBS. XXI. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus.* — L. M..., 42 ans, tailleur de pierres, entre le 24 décembre 1891 à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 25, dans le service de notre maître, le professeur Terrier, pour une ulcération anale.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires (père mort à 55 ans ; mère morte à 42 ans, des suites d'une fracture de cuisse ; un frère et une sœur bien portants). Sa femme est morte il y a trois ans, d'une maladie de poitrine. Trois enfants : l'un âgé de 4 ans, est vivant mais d'apparence chétive ; les deux autres sont morts ; l'un à 3 ans, de méningite, l'autre à 15 mois, d'une maladie que le père ne peut déterminer.

D'une bonne santé habituelle, ce malade, qui n'avait eu qu'une fièvre éruptive à l'âge de 8 ou 9 ans, est arrivé jusqu'en 1883 sans s'être jamais alité. En 1883, il remarqua qu'une petite tumeur s'était formée à droite de l'anus ; cette tumeur s'ouvrit spontanément et il persista à la suite une fistule qui, de temps à autre, donnait issue à un peu de liquide sanieux. En 1885, cette fistule persistant toujours, il entra une première fois à l'hôpital Bichat, où on lui opéra sa fistule et d'où il sortit guéri au but de quarante jours..

Depuis quelques années il tousse et crache ; depuis quatre mois il souffre dans le côté gauche de la poitrine ; depuis deux mois sa voix est voilée.

C'est il y a trois mois seulement qu'il a constaté la réapparition au niveau de l'anus de quelques douleurs et d'un léger écoulement tachant le linge. Les douleurs très peu intenses ne se montraient qu'au moment des garde-robes, surtout lorsque celles-ci étaient dures. Depuis deux mois il a de la diarrhée, et le suintement anal est devenu plus abondant.

27 décembre 1891. En écartant légèrement les fesses, on constate au niveau de l'orifice anal la présence d'une ulcération qui en occupe toute la circonférence ; cette ulcération s'étend sur les parties droite et gauche de la marge de l'anus, empiétant sur la peau de la fesse correspondante d'une manière à peu près symétrique, et atteignant de chaque côté la largeur d'une pièce de deux francs. En avant, l'ulcération s'étend sur le raphé périnéal sous forme de fente comprise entre deux plis hypertrophiés. En arrière, elle est beaucoup plus limitée, et l'on trouve sur la ligne médiane postérieure une peau saine, présentant en arrière et à droite un tractus cicatriciel, reste de l'opération antérieure de fistule. Profondément, l'ulcération semble avoir détruit toutes les parties visibles du canal anal, et s'y enfonce si bien que, même en déplissant la région à son maximum, on n'arrive pas à apercevoir sa limite supérieure.

Les bords de cette ulcération ont un contour un peu festonné ; ils sont légèrement surélevés par rapport à la peau avoisinante, sont un peu rosés, assez nettement découpés, et même, en arrière, un peu décollés par rapport au fond de l'ulcération. La peau avoisinante

ne présente rien de particulier, excepté au niveau du bord gauche, où elle offre, dans une très petite étendue, un état papillomateux.

Le fond de l'ulcération est recouvert d'une sécrétion séro-purulente abondante qui suinte de l'orifice du canal anal, en particulier lorsque celui-ci se contracte. Essuyé avec un tampon d'ouate hydrophile, il apparaît un peu inégal, mamelonné, sans gros bourgeons végétants. Sa surface ne saigne pas au contact, ni même à un frottement léger. Les petites dépressions qui séparent les bourgeons ont une teinte sanieuse, grisâtre. En quelques points même un essuyage, suffisant pour déterminer le saignement, n'arrive pas à enlever de petites masses jaunâtres, qui semblent faire corps avec le tissu même de l'ulcération. Il s'agit là de points caséeux que l'on peut enlever avec la pointe du bistouri et qui, une fois enlevés, laissent place à une excavation minuscule saignante.

FIG. 51. (Obs. XXI.) — Ulcération tuberculeuse du canal anal, étalée après section verticale du rectum et de l'anus.

Au palper, l'ulcération est souple, ses bords seuls sont un peu indurés.

Au toucher, on sent les inégalités de l'ulcération qui s'étend dans presque toute la hauteur du canal anal et qui est limitée en haut par un bord net, un peu décollé en avant. Au-dessus de l'ulcération la muqueuse est souple et ne présente rien de particulier.

Ces diverses explorations sont un peu douloureuses, mais ne déterminent pas de saignement.

Les ganglions inguinaux sont un peu augmentés, mais un seul a pris un développement notable, c'est le ganglion le plus interne du pli inguinal droit.

Amaigrissement considérable depuis six mois. Tuberculose pulmonaire bilatérale en voie d'évolution assez avancée.

Le 1er janvier, nous enlevons un fragment de l'ulcération et grattons le reste à la

curette. La plaie ne se cicatrise pas ; la tuberculose pulmonaire continue à évoluer, et le 4 mars 1892 le malade meurt.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire bilatérale aux divers degrés. Quelques ulcérations tuberculeuses dans la partie terminale de l'intestin grêle, les unes se présentent sous la forme d'ulcérations arrondies, les autres plus étendues ont un grand diamètre transversalement dirigé ; dans le gros intestin, quelques rares ulcérations de forme arrondie.

L'ulcération anale occupe le canal anal, débordant sur la marge cutanée et sur la muqueuse rectale, moins du côté de celle-ci que du côté de la peau ; elle est tapissée par un tissu fongueux. Pas d'orifice fistuleux, ni de cavité suppurante à son voisinage.

Quelques ganglions inguinaux sont augmentés et présentent à la coupe des points caséeux.

Examen histologique, par M. Pilliet, d'un fragment de l'ulcération enlevé sur le vivant. — 1° L'*épiderme*, au pourtour de l'ulcération, a revêtu les caractères d'une

Fig. 52. (Obs. XXI, préparation de M. Pilliet.) — Sur cette coupe on assiste, pour ainsi dire à l'éruption d'un bourgeon tuberculeux à travers l'épiderme.

dermo-muqueuse, bien qu'il s'y trouve encore des follicules pileux, ce qui montre que le stratum granulosum et la couche cornée ont disparu sous l'action du travail inflammatoire.

2° *Chorion.* Les follicules tuberculeux sont accumulés en grosses masses qui forment des bourgeons beaucoup plus volumineux que les bourgeons charnus ordinaires. Ils contiennent par places des bouquets de vaisseaux capillaires et veineux extrêmement dilatés, qui donnent au bourgeon un aspect presque érectile. C'est en arrière de cette masse bourgeonnante, qui a soulevé et détruit les papilles, que se trouvent les follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes au centre. Il s'ensuit que, lorsque les follicules se vident, ils doivent laisser au-dessus d'eux une couche de tissu bourgeonnant et décollé. Les corpuscules de Pacini sont sains.

3° Tout le *muscle sous-jacent* est infiltré, comme dans l'obs. XIX, mais d'une façon beaucoup plus intense. Il existe en effet une inflammation diffuse du tissu conjonctif qui

dissocie complètement les faisceaux musculaires, et cette inflammation s'accompagne d'une stéatose tout à fait particulière. Le muscle disparaît, les faisceaux qui subsistent sont écartés les uns des autres par des travées beaucoup plus larges que ces faisceaux eux-mêmes et constituées par du tissu adipeux enflammé sans trace de cellules géantes ou de centre caséeux. On a donc affaire, dans cette infiltration musculaire d'un caractère tout particulier, à une inflammation avec dégénérescence adipeuse, telle que celle de la cirrhose graisseuse du foie des tuberculeux. C'est le muscle qui est envahi dans un cas, les travées hépatiques dans l'autre, mais le processus est le même et rentre dans les formes infiltrées et non caséeuses de la tuberculose.

Obs. XXII. — *Ulcération tuberculeuse de l'anus.* — H. B..., 43 ans, garçon boucher, entre le 15 avril 1893 dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 31. Son père est mort de vieillesse à 86 ans; sa mère est morte à 58 ans, de péritonite; six frères tous morts, deux de la poitrine, un d'un abcès froid opéré à Saint-Louis ; une sœur morte d'une tumeur du sein.

Personnellement, ce malade a eu une fièvre typhoïde à sept ans, une fluxion de poitrine à dix-sept ans. L'année suivante, en 1868, il a eu une bronchite d'assez longue durée, et depuis cette époque il tousse facilement. Dans ces derniers temps son état s'est aggravé, il a eu de la diarrhée au cours de laquelle il a commencé à éprouver de temps à autre quelques démangeaisons au niveau de l'anus, en même temps qu'il s'établissait un suintement tachant la chemise.

16 avril. Ce malade cachectique, présentant des lésions tuberculeuses pulmonaires avancées, porte au niveau de l'anus une ulcération qui en occupe toute la périphérie et qui plonge dans le canal anal. Cette ulcération a des bords nettement découpés, un peu décollés par places; son fond est inégal, grisâtre, suppurant, avec de petites excavations remplies de matière caséeuse. Profondément, l'ulcération s'enfonce dans la région sphinctérienne qu'elle déborde même, comme on peut s'en assurer par le toucher; aucune induration de la base de l'ulcération. Engorgement des ganglions inguinaux.

Ce malade meurt, le 11 juin 1893, des progrès de sa tuberculose.

Autopsie. — Nous trouvons, outre des lésions tuberculeuses pulmonaires aux divers degrés, des ulcérations tuberculeuses du cæcum et du gros intestin.

L'ulcération anale occupe toute la circonférence du canal et toute sa hauteur, empiétant à la fois sur la peau et sur la muqueuse rectale, où elle se termine par un contour nettement découpé. Son fond est inégal, présente par places des anfractuosités irrégulières, en d'autres des bourgeons saillants, sortes d'îlots.

Examen histologique, par M. Pilliet. — 1° Sur des coupes faites à la limite rectale de l'ulcération, on constate les détails suivants : le bord de l'ulcération est un peu décollé. Au-dessous de l'épithélium et des glandes en tubes, on trouve une infiltration embryonnaire très vasculaire, sans tubercule. Dans le sillon ulcéré, on voit des follicules conglomérés, dont le centre caséeux est en train de se vider, dont la périphérie représente le type du nodule tuberculeux dans le tissu lymphoïde, dit nodule de Friedländer; ce tissu lymphoïde se continue à la surface même de l'ulcération avec une couche de bourgeons charnus au-dessous de laquelle sont des cavernules, qui présentent par places des prolongements allongés, allant jusque dans la couche musculaire lisse qu'ils détruisent et perforent.

2° Vers son milieu, l'ulcération est constituée par une couche épaisse de bourgeons

charnus extrêmement vasculaires, avec quelques rares masses caséeuses. Au-dessous de cette couche pyogène on trouve une nappe de tissu inflammatoire, semée par places de nodules embryonnaires peu abondants. Le muscle strié sous-jacent est sclérosé ; il est même, en certains endroits, partiellement détruit par des masses caséeuses ayant la direc-

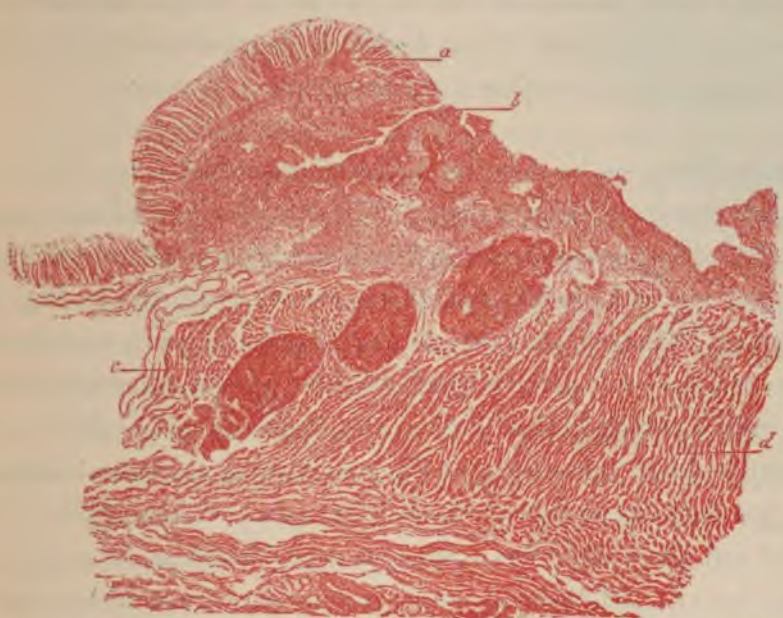


FIG. 53. (Obs. XXII, préparation de M. PILLIET.) — Sur cette coupe, faite au niveau de la limite rectale de l'ulcération, on voit l'extension de l'infiltration embryonnaire (*a*) au-dessous des glandes en tube, etc.

tion générale des faisceaux musculaires. Ceux-ci constituent en quelques points le fond même de l'ulcération.

3° A la limite cutanée on constate, comme à la limite rectale, un décollement du bord et un développement considérable de bourgeons embryonnaires très vasculaires, doublés de follicules caséeux.

Étiologie. — Il semble que le sexe ait une grande importance au point de vue de la fréquence de l'affection. Sur 31 cas nous trouvons 24 hommes, 6 femmes et 1 enfant. La diarrhée est notée dans 12 des observations ; peut-être est-elle encore plus fréquente.

Quant aux lésions antérieures de l'anus, leur importance semble beaucoup moindre : 3 malades seulement avaient souffert d'une manière évidente d'hémorrhoïdes, 1 était sujet à de petites poussées eczémateuses depuis des années, 1 avait eu une fistule antérieurement, et, fait inté-

ressant, lors du développement de l'ulcération la cicatrice correspondant à l'ancienne fistule était la partie qui avait le mieux fait obstacle au processus ulcératif, le tissu scléreux semblant avoir résisté à l'envahissement du bacille tuberculeux. Enfin, dernier point que nous désirons relever, tous nos malades étaient des tuberculeux pulmonaires avérés, le plus souvent même des tuberculeux avancés.

Symptômes. — Le début de l'ulcération semble, en général, avoir été assez obscur. L'attention du malade n'a été attirée vers l'anus que par de légères démangeaisons, par une douleur minime en allant à la garde-robe, par une gêne locale, symptômes bientôt accompagnés d'un petit suintement ; dans quelques cas, c'est après une attaque de diarrhée, une course à cheval, une poussée hémorrhoïdaire, que l'on a constaté le développement d'une ulcération. Toujours est-il que celle-ci constituée s'est presque toujours présentée avec des caractères à peu près identiques.

A part deux cas où l'ulcération était exclusivement cutanée, dans tous il s'est agi d'une ulcération remontant dans l'intérieur du canal anal, jusque dans l'extrémité inférieure du rectum ; en un mot, c'est une ulcération du canal anal proprement dit.

Le siège de l'ulcération, par rapport aux divers segments de la circonférence de l'anus, ne semble rien présenter de particulier. En compulsant nos 29 observations, nous trouvons à peu près une égalité de fréquence pour les divers sièges; quatre fois, du reste, l'ulcération occupait à peu près tout le pourtour de l'anus, ne laissant qu'un pont de peau intact.

Cette ulcération reste en général limitée à la marge de l'anus, aussi ne la voit-on que peu ou pas lorsque les fesses sont au contact. Il faut, pour l'étudier, écarter celles-ci, plaçant le malade dans une des positions habituellement employées pour l'examen de l'anus, soit le décubitus latéral avec une cuisse fortement fléchie, soit la position dorso-sacrée.

On voit alors que l'ulcération déplissée s'avance plus ou moins sur la face interne de la fesse, se terminant par un contour arrondi, formé d'un ou de plusieurs demi-cercles, pouvant s'étendre d'un côté à l'autre et présenter une disposition à peu près symétrique. Ce contour se décompose lui-même quelquefois en une série de cercles plus petits,

d'inégal diamètre ; profondément, l'ulcération plonge dans le canal anal et l'on ne peut en voir la limite.

Le fond est grisâtre, inégal, quelquefois anfractueux et même fissuré, les dépressions étant séparées par des bourgeons pâles, mollasses, dénués de vitalité, inégaux de dimension, les plus gros de tous pouvant présenter à leur surface des points blanc jaunâtre de la grandeur d'une tête d'épingle, que les lavages et même les frictions légères ne font pas disparaître ; dans les parties creuses, on voit de même assez souvent des points caséeux qui, enlevés avec l'extrémité du bistouri, laissent à leur place une petite excavation, une sorte de cupule pouvant à peine loger un grain de mil. Exceptionnellement, la surface est rose pâle, vernissée. Toute cette ulcération est souple et, sauf deux cas, n'a jamais présenté d'induration sous-jacente.

Les bords sont assez nettement taillés, par places décollés, ou au contraire se continuant par une pente douce avec le fond de l'ulcération. Ils sont le plus souvent un peu épaissis et présentent un liséré rosé avec pigmentation exagérée de la peau avoisinante. Dans quelques cas, l'ulcération est limitée par un pli hypertrophié de la marge, qui s'enfonce avec l'ulcération dans le canal anal. Exceptionnellement, on voit en dehors de l'ulcération, des tubercules saillants à la surface de la peau pouvant eux-mêmes s'ulcérer, disposition qui nous conduit aux cas rares où, à côté d'une ulcération principale, on voit d'autres ulcérations secondaires plus petites.

La sécrétion fournie par ces ulcérations est en général peu abondante, muco-purulente. Cependant, lorsque la portion intra-sphinctérienne est très étendue, le pus qui coule de l'intérieur de l'anus et qui baigne la portion extra-sphinctérienne de l'ulcération, suffit à la couvrir en partie.

Pour voir cette partie profonde de l'ulcération, il faut recourir au spéculum. Celui-ci permet de constater que profondément les caractères de l'ulcération sont identiques à ceux de la partie extérieure. L'ulcération se termine soit dans la région sphinctérienne, soit au-dessus d'elle par un bord nettement découpé, au-dessus duquel la muqueuse reprend immédiatement ses caractères normaux. Ses limites sont, du reste, facilement appréciées au toucher.

Dans presque la moitié des observations nous trouvons notée l'existence d'un engorgement ganglionnaire inguinal, tantôt unique et occupant soit le ganglion le plus interne, soit le plus externe, tantôt multiple et occupant le plus grand nombre des ganglions inguinaux supérieurs.

La douleur est des plus variables ; nous trouvons signalée dans quelques observations ; une douleur, une cuisson des plus vives, exaspérée par la défécation ou même par la station assise. Mais c'est là, croyons-nous, l'exception : chez les 10 malades que nous avons observés, la douleur était nulle et ne se montrait que légère au moment de la défécation qui, dans le cas de selles dures, a quelquefois été l'occasion de l'écoulement de gouttelettes de sang. Le plus souvent le malade ne se plaint que de démangeaisons. Chez quelques malades les matières diarrhéiques s'écoulaient involontairement à la moindre secousse de toux ; l'incontinence vraie des matières n'a toutefois existé que dans un cas. Cette rareté s'explique par ce fait que le sphincter a presque toujours conservé sa contractilité, comme on peut s'en assurer avec le doigt en pratiquant le toucher.

En même temps que ces symptômes locaux on note, chez ces malades, les signes d'autres manifestations tuberculeuses, lésions pulmonaires aux divers degrés, diarrhée, inflammation chronique péricæcale. Dans deux cas, les malades, porteurs d'ulcération tuberculeuse anale, présentaient une deuxième ulcération tuberculeuse cutanée, chez l'un de la narine, chez l'autre de la lèvre.

La *marche* de ces ulcérations est lente ; elles ne semblent pas s'accroître indéfiniment, et restent stationnaires lorsqu'elles ont atteint une certaine étendue. Dans aucun cas elles n'ont paru, en l'absence de traitement, avoir eu la moindre tendance à rétrocéder. Le plus souvent, du reste, survenues chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses avancées, elles ont persisté jusqu'à la mort, survenue par le fait du développement des autres lésions tuberculeuses. Chez un de nos malades la mort est survenue par le fait d'une tuberculose pulmonaire aiguë.

Anatomie pathologique. — Nous ne reviendrons pas sur le siège,

l'étendue et les caractères de l'ulcération, nous les avons décrits dans notre étude clinique de l'affection. Ajoutons simplement que, dans un certain nombre de cas, Babès, Dubar, Didier, Gilbert, Hallé, Kramer, Lesage ont pu constater dans le liquide sécrété par l'ulcération ou dans son tissu même la présence de bacilles tuberculeux.

Nous nous étendrons un peu plus sur l'histologie de ces ulcérations, que nous exposerons d'après les examens que M. Pilliet a faits de nos pièces.

1° *Bord de l'ulcération.* — L'épiderme du pourtour de l'ulcération, est le plus souvent décollé, quelquefois épaissi ; il a perdu sa couche cornée et a revêtu les caractères d'une dermo-muqueuse, bien qu'il s'y trouve des follicules pileux. Le stratum granulosum et la couche cornée semblent avoir disparu sous l'action d'un travail inflammatoire.

Les papilles sont très développées : elles sont infiltrées ; cette infiltration diffuse occupe tout le chorion et s'enfonce même beaucoup dans la profondeur. Elle présente la plus grande ressemblance avec les infiltrations embryonnaires du lupus. Çà et là, on trouve, non pas dans les papilles, mais dans la couche choriale proprement dite, au sein de cette infiltration embryonnaire, des follicules agglomérés composés d'un certain nombre de cellules géantes qu'entourent des cellules épithélioïdes en partie nécrosées. Les vaisseaux présentent les lésions de l'envahissement tuberculeux porté au plus haut point. En quelques endroits, on trouve de même des corpuscules de Pacini rendus presque méconnaissables par l'infiltration embryonnaire de leurs gaines.

Au voisinage des follicules tuberculeux, on peut voir dans l'épiderme des petits amas de leucocytes siégeant dans de grandes vacuoles qui constituent les cellules du corps de Malpighi tuméfiées. Ce processus explique la chute de l'épiderme ; les papilles infiltrées forment des bourgeons charnus entre lesquels se déversent les produits des follicules caséeux sous-jacents.

Sur la limite rectale, le bord est de même décollé, et comme du côté de la peau, on voit s'enfoncer, sous la couche épithélio-glandulaire, une nappe embryonnaire très vasculaire, au-dessous de laquelle on trouve des nodules de Friedländer.

2° *Partie ulcérée.* — L'ulcération est constituée par des bourgeons charnus volumineux, soudés, peu distincts, n'affectant pas le caractère de végétations papillaires, arborescentes, mais se montrant plutôt fusionnés en une même masse mamelonnée. Dans cette masse existent de grandes traînées caséeuses, orientées en général perpendiculairement à la surface de l'ulcération. Ces traînées, qui s'ouvrent probablement par de petits pertuis sur cette surface, sont revêtues de cellules épithélioïdes et résultent de la fusion d'un grand nombre de follicules tuberculeux, comme le prouve la présence autour d'elles d'un certain nombre de follicules isolés.

Plus profondément, on trouve les fibres musculaires lisses et striées des sphincters, qui sont noyées dans du tissu scléreux très abondant. Il existe autour des vaisseaux artériels et surtout des vaisseaux veineux, des manchons de cellules embryonnaires qui partent du chorion malade, s'étendent à une grande distance, et s'accompagnent d'une sclérose assez prononcée du tissu musculaire. Il faut noter que les vaisseaux qu'elles entourent sont plus dilatés, et que nulle part il n'y a de formation caséeuse. Il semble que dans cette zone de propagation, on ait affaire à la forme purement inflammatoire de la tuberculose, celle qui, dans le foie, provoque des bandes de cirrhose caractéristiques et indépendantes du follicule tuberculeux. Dans les points où le muscle fait défaut, il peut exister aussi un envahissement adipeux marqué des tissus.

En même temps que ces lésions locales, on observe d'autres lésions :

L'envahissement caséeux des ganglions inguinaux, sans que cependant jamais il y ait eu ramollissement et suppuration vraie de ces ganglions ;

Le développement concomitant de foyers tuberculeux sous-cutanés péri-anaux ;

L'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, plus particulièrement du gros, et le plus souvent du cæcum ;

Enfin des lésions tuberculeuses variées, en particulier des altérations pulmonaires.

Traitement. — Il est une première indication à remplir : comme

dans toutes les tuberculoses, plus encore dans celle-ci qui s'accompagne souvent de lésions intestinales et toujours de lésions pulmonaires, il faut instituer un traitement général approprié.

Localement, on a conseillé pour calmer les douleurs l'usage de suppositoires opiacés. L'emploi du chloral à 1 p. 100, de la bouillie de sous-nitrate de bismuth, de l'iodoforme, etc., ont même suffi à apaiser les douleurs, mais n'ont guère modifié l'ulcération. Seul des divers topiques employés, le nitrate d'argent au 1/8e, utilisé en badigeonnages avec persévérance pendant seize mois, aurait été suivi d'une cicatrisation partielle chez une malade d'Esmarch.

Lorsque l'état général le permet, il y a lieu de faire plus que ces applications locales de topiques. L'ablation avec le galvanocautère, avec le thermocautère ont donné des succès, mais doivent aujourd'hui céder le pas à l'extirpation au bistouri. Dans quelques cas on pourra enlever la plus grande partie de l'ulcération, gratter vigoureusement et cautériser la partie profonde, panser à l'iodoforme. Nous avons ainsi obtenu des guérisons durables; l'une date actuellement de 3 ans et demi.

C'est là un traitement absolument innocent et que l'on peut employer avec succès, s'en tenant à de simples applications topiques si l'état général du malade semble ne pas devoir lui permettre de faire les frais d'une réparation.

2° Tuberculose rectale.

La tuberculose du rectum proprement dit n'a le plus souvent que peu d'intérêt pour le chirurgien. C'est presque toujours un épiphénomène au cours d'une tuberculose intestinale.

Les *ulcérations tuberculeuses du rectum*, plus rares que celles de l'intestin grêle et du cæcum (1), ne présentent rien de particulier, ni comme aspect, ni comme structure. Ce sont soit des ulcérations folliculaires, soit de larges ulcérations ovalaires. Dans ce dernier cas, au lieu d'affecter une forme allongée transversalement comme celles de l'intestin grêle, elles ont leur grand diamètre vertical ce qui tient à la direction

(1) Girode. *Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux.* Paris, 1888.

générale des lymphatiques qui, comme on le sait, jouent un grand rôle dans le développement de ces ulcérations.

Presque tous les auteurs répètent, se fondant sur un cas de Ashby, que ces ulcérations peuvent être le point de départ d'hémorrhagies mortelles. Sans vouloir contester la possibilité du fait, nous ferons simplement remarquer que, dans l'observation partout citée, il s'agissait d'un enfant atteint de granulie méningée et mort avec des hémorrhagies intestinales, causées par des ulcérations tuberculeuses du côlon ; il n'est à aucun moment question d'ulcération rectale proprement dite (1).

Nous considérons aussi comme ne reposant pas sur des bases certaines, l'hypothèse qui veut que certains rétrécissements du rectum soient le résultat de la *cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses*. Nous n'avons pas trouvé de faits indiscutables pour établir la réalité de cette assertion, émise par divers auteurs, en particulier par Curling et Van Buren (2).

Nos recherches personnelles nous portent de même à émettre des doutes sur l'importance et la fréquence des ulcérations tuberculeuses du rectum au point de vue de la pathogénie des *fistules* (3).

Par contre, nous verrons en étudiant les rétrécissements du rectum, qu'il faut rapporter un certain nombre de rétrécissements du type des rétrécissements dits syphilitiques, à la tuberculose, celle-ci pouvant infiltrer les parois du rectum, les épaissir et, diminuant la cavité du conduit, constituer de véritables *rétrécissements tuberculeux du rectum*, comparables à ceux décrits par l'un de nous au niveau du cæcum (4).

(1) Ashby. Tubercular ulceration of the large intestine. *Brit. med. Journ.*, London, 31 july 1880, t. II, p. 169.

(2) Van Buren. *Lectures upon diseases of the rectum and the surgery of the lower bowel*, London, 1881, 2e éd., p. 221.

(3) Voir plus loin le chapitre des *fistules*.

(4) Hartmann et Pilliet. Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région, *Société anatomique de Paris*, juillet 1891, et Tuberculose cæcale, *ibidem*, mars 1892, p. 471.

CHAPITRE IV

ABCÈS PÉRI-ANAUX ET PÉRIRECTAUX

Par sa situation, par les froissements continuels auxquels elle est soumise pendant la défécation, par la septicité des matières qui se trouvent constamment en contact avec elle, la partie terminale du tube digestif est particulièrement exposée à l'introduction dans le tissu cellulaire et les lymphatiques d'agents pathogènes. Aussi comprend-on la fréquence des abcès développés dans cette région, sans avoir besoin de recourir à des raisons spéciales, telles que les variations de pression dues à la présence ou à l'absence de matières fécales, invoquées par Esmarch.

D'une manière générale, on peut rapporter ces abcès à la pénétration dans le tissu cellulaire d'un agent infectieux; à ce point de vue, l'étiologie de ces abcès rentre dans l'étiologie banale des suppurations.

Toute cause favorisant la pénétration de cet agent infectieux sera une cause possible du développement de ces abcès.

De là l'influence de toutes les altérations de l'anus et du rectum (ulcérations, fissures, hémorrhoïdes, rectites, néoplasmes ulcérés, etc.), celle du séjour dans un nid valvulaire de matières fécales durcies (Ribes) et celle des corps étrangers ; nous avons vu des fragments d'os parcourir tout le tube digestif sans y causer d'accidents, puis s'arrêter au niveau de la région sphinctérienne et y déterminer la production d'un abcès. De là l'influence des irritations locales, déterminées par la malpropreté, les frottements, par l'écoulement des liquides virulents venus de la vulve, l'influence des contusions légères de la région, suite de voyages longs et fatigants en voiture ou de courses à cheval. De là, enfin, l'action des contusions vraies, coups de pied ou chutes

sur le siège, celle des opérations sur l'anus et celle des perforations traumatiques, conséquence de l'introduction maladroite d'une canule à lavement, cause d'abcès moins commune cependant qu'il n'a été dit (1).

D'une manière générale ces abcès sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Sur 30 abcès de la région anale, observés à l'hôpital Bichat par l'un de nous pendant ces deux dernières années, il y avait 24 hommes et 6 femmes. Cette prédominance du sexe masculin s'explique, croyons-nous, par le développement plus considérable du système pileux de l'anus, par les frottements de la culotte, par ce fait enfin que, dans toute une classe de la population, cette région est tenue moins proprement chez l homme que chez la femme.

Ces données étiologiques générales étant posées, nous devons aller plus loin et chercher à répondre aux deux questions suivantes : 1° Quel est la nature de l'agent infectieux en cause ? 2° Quelles voies suit-il pour arriver jusqu'au tissu cellulaire ?

1° *Nature de l'agent infectieux.* — Les recherches bactériologiques nous montrent que ces abcès contiennent le plus souvent du bacterium coli, souvent aussi d'autres bactéries : le streptocoque, le staphylocoque, etc., en somme les microbes ordinaires de la suppuration. Il est toutefois un facteur pathogénique qu'il faut mentionner d'une manière toute spéciale, c'est le bacille tuberculeux que l'on trouve peut-être plus fréquemment qu'ailleurs dans les collections suppurées de cette région et qui y arrive probablement avec les détritus alimentaires (2). L'influence de la tuberculose dans la genèse des fistules, qui en somme ne sont que la conséquence des abcès, est connue depuis nombre d'années. On sait que

(1) Nous ne sommes, en effet, nullement édifiés sur la nature exacte d'un certain nombre des lésions considérées comme liées à l'action des canules à lavement. La lecture des observations qu'on trouve réunies dans ACHILLES NORDMANN (*Ueber clysmatische Læsionen des Mastdarmes.* Inaug. Dissert., Basel, 1887) n'est nullement convaincante.

(2) Nous n'ignorons pas que KOCH n'a jamais trouvé de bacilles tuberculeux dans les fèces de malades n'ayant pas d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin, ce qu'explique SORMANI par l'action digestive du suc gastrique sur les bacilles. Sans vouloir contester l'influence destructive du suc gastrique, nous ferons remarquer que son action peut se trouver momentanément diminuée par l action de causes multiples; de plus, le résultat négatif d'un certain nombre de recherches ne suffit nullement pour nier dans tous les cas la présence du bacille tuberculeux.

celles-ci sont fréquentes chez les phtisiques; nous démontrerons même plus loin qu'elles sont liées à une tuberculose locale.

L'*importance du bacille tuberculeux* est donc bien établie. Son rôle dans la production des abcès péri-anaux est encore plus grand qu'on ne l'a dit jusqu'ici. L'un de nous a, en effet, montré que l'abcès tuberculeux anal peut être la première manifestation de la tuberculose, que l'on a dès lors tendance à méconnaître, que l'on méconnaît même souvent et d'autant plus facilement que, par suite de l'infection secondaire dont le foyer tuberculeux est le siège, l'abcès peut s'échauffer et prendre des allures d'abcès aigu ou tout au moins subaigu. Nous rappellerons à cet égard l'observation suivante :

Obs. XXIII. — *Abcès tuberculeux enflammé de l'anus. Suppuration sous-cutanéo-muqueuse propagée à la fosse ischio-rectale.* — N..., 33 ans, entre le 8 février 1893 à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, pour un abcès de l'anus. Ce malade, qui n'avait jamais rien éprouvé de ce côté, a commencé à souffrir en allant à la garde-robe vers le milieu de décembre. Les selles étaient douloureuses et, dans leur intervalle, il faisait des efforts qui n'arrivaient qu'à expulser un peu de sang. La tuméfaction extérieure n'a commencé à paraître qu'il y a une quinzaine de jours. Rien à noter dans les antécédents.

Actuellement, on constate à gauche, sur la marge de l'anus, une tuméfaction qui s'étend sur la fesse, occupant toute la largeur de la fosse ischio-rectale. Cette tuméfaction arrondie est recouverte d'une peau d'un rouge un peu foncé et se perd dans le canal anal. Elle est fluctuante, excepté à sa limite où l'on trouve une zone plus dure, comme empâtée. Au toucher rectal, on trouve dans le canal anal une ulcération à bords un peu indurés, en forme de fente verticale, sans tuméfaction à son niveau. Au-dessus du sphincter, la paroi rectale est, à gauche, soulevée dans presque toute sa largeur, par une tuméfaction arrondie, empâtée, non fluctuante, remontant en haut à peu près à la limite de ce qu'atteint le doigt. La muqueuse à son niveau est lisse, normale, et la paroi rectale semble simplement soulevée par elle. Par le palper bimanuel, on constate que cette tuméfaction rectale, qui n'existe pas dans le canal anal, se continue avec celle que l'on trouve extérieurement dans la fosse ischio-rectale. L'existence de l'ulcération anale et de la suppuration sous-cutanéo-muqueuse de la région sous-sphinctérienne, jointe à l'intégrité des tuniques rectales au niveau de la tuméfaction qui les soulève, nous fait faire le diagnostic d'*abcès sous-cutanéo-muqueux de la marge de l'anus avec suppuration consécutive de la fosse ischio-rectale.*

La température varie de 38°,2 à 38°,6. Pas de tuberculose pulmonaire appréciable. Malade d'apparence extérieure robuste.

Le 10 février 1893, après anesthésie par le bromure d'éthyle, M. Hartmann incise la peau et la muqueuse anale, au thermocautère, dans toute l'étendue de la tuméfaction. Immédiatement la saillie rectale disparaît.

Le foyer se comble régulièrement et le malade guérit sans fistule.

L'examen bactériologique, fait par M. Lieffring, ne montre que du bacterium

coli à l'état de culture pure. En même temps que des cultures faites pour déterminer les microbes contenus dans l'abcès, nous avions inoculé un cobaye dans le but de rechercher la tuberculose. Le 3 mars nous sacrifions le cobaye inoculé. Il existe, sous la paroi abdominale, un abcès caséeux. Les ganglions correspondants sont hypertrophiés, non caséifiés. La rate, hypertrophiée, présente à sa surface des granulations grisâtres. Des lamelles, faites avec le pus de l'abcès caséeux, ont montré à M. Lieffring des bacilles tuberculeux.

Sur 12 abcès de la région anale, étudiés au point de vue bactériologique par l'un de nous, avec la collaboration de M. Lieffring, à l'hôpital Bichat, nous avons pu 7 fois démontrer l'existence de bacilles tuberculeux par la méthode des inoculations; 4 fois ce bacille était associé à du bacterium coli, 1 fois à des streptocoques et des staphylocoques ; dans un cas, la recherche par la méthode des cultures n'a pas été faite ; dans les 6 autres cas, nous avons trouvé deux fois le staphylocoque doré à l'état pur, 1 fois un microbe tétragène, 1 fois du staphylocoque, du bacterium coli et des saprophytes associés, 2 fois du bactérium coli seul (1).

Celui-ci a du reste été constaté par d'autres observateurs, par Muscatello (2), par Achard et Lannelongue (3), mais ces divers chirurgiens ont omis la recherche de la tuberculose.

2° *Voie suivie par l'agent infectieux.* — Pour Gosselin, il y avait pénétration, avec effraction dans le tissu cellulaire, du contenu intestinal.

Quand une aiguille, une arête, un fragment d'os, une canule maladroite ou une ulcération ne pouvaient être incriminés; quand la cause se réduisait à quelques vésicules d'eczéma, à une poussée de congestion hémorrhoïdaire, il admettait comme probable que, dans tous ces cas, de même que dans les abcès au cours d'un cancer ou d'un rétrécissement du rectum, l'inflammation se propageait peu à peu de la peau ou de la muqueuse rectale au tissu cellulaire extérieur.

Pour Desprès, les abcès de la marge de l'anus n'étaient au contraire que des phlébites et des périphlébites suppurées.

(1) HARTMANN et LIEFFRING. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, 1893, 20 janvier, p. 69; 10 mars, p. 161, et 28 juillet, p. 517.

(2) MUSCATELLO. Sopra un caso di suppurazione prodotta dal bacillus coli communis. *La Riforma medica*, 20 juillet 1891, p. 145.

(3) ACHARD et LANNELONGUE. Abcès de la marge de l'anus d'origine colibacillaire. *Bulletin médical*, 26 janvier 1893, p. 75.

Ces théories sont applicables à quelques cas isolés ; mais elles doivent aujourd'hui céder le pas à une interprétation des faits plus en rapport avec nos connaissances de pathologie générale.

La pénétration du contenu rectal dans le tissu cellulaire ne peut s'expliquer que par la perforation des parois intestinales. Or, cette perforation de la muqueuse anale par un corps étranger n'est pas un fait d'observation suffisamment générale pour qu'on puisse de la sorte expliquer, dans la majorité des cas, la formation du pus sous la muqueuse et, à plus forte raison, celle du pus sous la peau, à une petite distance du point inoculé. Cette pathogénie est d'ailleurs en désaccord avec les faits assez nombreux dans lesquels l'abcès et la fistule, qui en résulte, demeurent sans communication avec le rectum.

L'hypothèse d'une inflammation par contiguïté n'est point satisfaisante pour l'esprit ; la muqueuse intestinale a beau être ulcérée, l'infection ne gagne pas le voisinage. Chez les dysentériques, les tuberculeux, la péritonite est exceptionnelle quand il n'y a pas perforation complète de l'intestin ; la propagation inflammatoire ne suffit pas à la provoquer.

Quant à la phlébite hémorrhoïdaire, elle n'explique qu'un petit nombre de ces abcès.

Le plus souvent il s'agit, pour nous, d'*infections propagées par la voie lymphatique*. Chassaignac avait déjà entrevu la part importante du système lymphatique dans les inflammations péri-anales. Il divisait les abcès superficiels en tubéreux, phlegmoneux et phlébitiques, les tubéreux dépendant d'une inflammation des lymphatiques de la peau, les phlegmoneux d'une inflammation du réseau sous-épidermique. Nous croyons qu'on peut de même rattacher à une infection lymphatique les abcès de la fosse ischio-rectale et ceux de l'espace pelvi-rectal supérieur (1).

La richesse du réseau lymphatique sous-sphinctérien, les grappes de troncules contenues dans les colonnes de Morgagni, la fréquence avec laquelle ces lymphatiques sont exposés à être ouverts par de légers froissements et immédiatement contaminés, nous expliquent la fréquence des abcès de l'anus.

1) QUÉNU. Les abcès péri-recto-anaux. *Gazette médicale de Paris*, 14 avril 1894, p. 170.

On ne saurait invoquer contre cette interprétation des suppurations péri-anales la rareté des adénites inguinales; qu'on veuille bien le remarquer, le résultat ordinaire d'une suppuration locale est de sauvegarder, au moins pour une certaine période, l'intégrité de l'appareil ganglionnaire. La suppuration n'est que la marque de la réaction des tissus; la thrombose des troncs lymphatiques ajoute une barrière à la dissémination de l'agent infectieux. C'est là un point aujourd'hui établi par les travaux des bactériologistes, de Metchnikoff en particulier. Cliniquement, le fait était connu depuis longtemps, et Chassaignac avait déjà insisté sur « ces confinements » de l'angioleucite.

Dans quelques cas exceptionnels, l'inoculation, partie du tube digestif, est la cause d'un abcès à distance; il s'agit alors d'une périlymphangite développée autour des vaisseaux lymphatiques hémorrhoïdaux moyens, ou d'un adénophlegmon des ganglions qui sont l'aboutissant des lymphatiques hémorrhoïdaux moyens et qui occupent le voisinage immédiat de l'échancrure sciatique. Certains abcès profonds de la fesse ont pour point de départ, en effet, une lésion de la région ano-rectale, ce qui explique leur fétidité toute spéciale, déjà bien remarquée mais non interprétée par Chassaignac (1).

Nous relaterons à cet égard une observation bien démonstrative.

OBS. XXIV. — *Abcès profond de la fesse développé consécutivement à une opération d'hémorrhoïdes.* — Un homme, âgé de 37 ans, entre le 20 novembre 1893 à l'hôpital Cochin, pour y être opéré d'hémorrhoïdes internes. Le 25 novembre, je pratique l'opération d'Allingham, un peu modifiée, c'est-à-dire la ligature avec excision. Les suites furent tout d'abord des plus normales. Sept jours après, le 2 décembre, j'enlevai les points de suture que j'avais placés autour du pédicule ligaturé. Le malade se levait, et allait quitter l'hôpital, lorsque, du 10 au 12 décembre, il fut pris de constipation. Chaque garde-robe s'accompagna de l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Le 13, le malade se plaignit de quelques douleurs dans la cuisse droite et dans la fesse, à égale distance du grand trochanter et de l'ischion. Ces douleurs avaient tous les caractères d'une sciatique. Comme le thermomètre ne marquait que 36°,1, on crut tout d'abord à une douleur rhumatismale, mais les douleurs s'accentuèrent; le 15, le thermomètre marquait 37°,8 le matin, et 39° le soir; la fesse devenait franchement douloureuse. Rien cependant du côté de l'anus et des fosses ischio-rectales. Les jours suivants, la tempéra-

(1) En lisant avec un peu d'attention les observations relatées par CHASSAIGNAC (*Traité de la suppuration*, Paris, 1859, t. II, p. 685 et suivantes) on découvre que, dans quelques cas tout au moins, la lésion initiale a occupé la région ano-rectale.

ture atteignait chaque soir aux environs de 40° ; les douleurs de la fesse devinrent telles que le malade était obligé de rester couché sur le ventre, et le 19 nous trouvions profondément une tuméfaction qui devint franchement fluctuante le 21. Ce jour-là, incision de l'abcès par notre collègue le Dr Sébileau, qui ouvre immédiatement, au-dessous du grand fessier, une collection suppurée, ayant une odeur franchement intestinale. Guérison complète malgré une hémorrhagie secondaire, le 3 janvier 1894.

L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE de l'abcès sous-fessier a été fait par le Dr LESAGE, qui nous a remis la note suivante :

1° *Examen du pus sur lamelles.* — Aucun des microbes colorés par la méthode de Gram-Weigert. Par la coloration simple, quelques bacilles peu nombreux, décolorés par la méthode de Gram. Ces microbes siègent en dehors des leucocytes.

2° *Cultures.* — Sur les milieux classiques, ni staphylocoque, ni streptocoque, ni pneumocoque. Culture évidente de bacterium coli caractéristique sur la gélatine, la gélose et dans le bouillon. Ce microbe coagule le lait et décompose la lactose après quatre jours d'étuve (1).

Réciproquement, un abcès voisin de la partie terminale du tube digestif peut reconnaître pour cause la lésion d'un organe voisin. Il nous suffira d'indiquer les suppurations venues d'une lésion osseuse, celles parties de la prostate et des glandes de Cooper. Ce sont là des faits que l'on rencontre assez fréquemment dans la pratique. Il en est d'autres plus rares, mais que nous devons cependant mentionner, car ils sont souvent méconnus ; ce sont ceux où l'on voit une suppuration des ligaments larges qui, suivant les branches de l'hypogastrique, envahit secondairement la fosse ischio-rectale (2).

Il est impossible de donner cliniquement une vue d'ensemble des suppurations péri-ano-rectales. Les différences sont trop grandes entre les variétés observées et on ne peut établir aucun rapprochement entre la cellulite pelvienne que l'on observait fréquemment naguère à la suite des interventions opératoires sur le rectum et le petit abcès glandulaire de la marge. Il faut, de toute nécessité, établir des distinctions.

La conception pathogénique que nous avons émise, va nous permettre d'établir une classification rationnelle des suppurations d'origine ano-rectale.

(1) QUÉNU. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, avril 1894.

(2) P. LAUNAY. Phlegmon de la gaine hypogastrique avec prolongements fessier et ischio-anal. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 26 septembre 1893, p. 1041.

La pénétration directe des agents infectieux dans le tissu cellulaire des tuniques rectales nous donnera des inflammations diffuses, des périproctites septiques survenant surtout après les opérations sur le rectum.

Les suppurations développées autour des réseaux lymphatiques ou des radicules veineuses constitueront les abcès sous-cutanéo-muqueux, les suppurations péritronculaires, les abcès de la fosse ischio-rectale, ou encore ceux de l'espace pelvi-rectal supérieur, l'inflammation des ganglions hypogastriques pouvant donner des abcès profonds de la fesse, et celle des ganglions du mésorectum des abcès de la loge rétro-rectale.

Nous résumons, au point de vue étiologique, les divers types d'abcès péri-anaux et périrectaux dans le tableau suivant :

Classification des abcès péri-anaux et périrectaux.

- Inflammations diffuses
  - périproctite septique.
  - phlegmon gangreneux diffus.
- I. circonscrites ou abcès :
  - sous tégumentaires
    - d'origine phlébitique.
      - abcès sous muqueux.
      - — sous-cutanéo-muqueux.
    - d'origine lymphatique.
      - réticulaire
        - abcès tubéreux.
        - — sous-cutané.
        - — sous-muqueux.
        - — sous-cutanéo-muqueux.
      - tronculaire, abcès ischio-rectaux.
  - sous-aponévrotiques (au-dessus du releveur).
    - lymphatiques et ganglions de la loge rétro-rectale. → abcès rétro-rectaux.
    - lymphatiques et ganglions de l'espace pelvi-rectal supérieur.
      - abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.
      - abcès profonds de la fesse.

I. — Inflammations diffuses

1° Périproctite septique.

La *périproctite septique diffuse* signalée par Vidal (de Cassis), par Marchal de Calvi, par Nélaton, par Schuh, a été bien étudiée par les chirurgiens américains sous le nom de *périproctite septique ;* Bouilly, dans

un intéressant travail, fondé sur des observations recueillies dans le service du professeur Verneuil (1), l'a décrite sous le nom de *cellulite pelvienne diffuse*.

Cette affection, d'une gravité extrême, trop fréquemment observée après les opérations sur le rectum, en particulier dans les cas de cancer ou de rétrécissement, à une époque où l'antisepsie était insuffisante, où des pansements mal compris n'assuraient pas aux liquides et aux gaz intestinaux une voie d'écoulement suffisante, semble essentiellement caractérisée par un œdème purulent aigu de nature septique, surtout marqué en arrière du rectum, dans le tissu cellulaire lâche qui le sépare de la concavité sacrée. Partie de la plaie opératoire, cette infiltration, qui peut ne consister qu'en une accumulation de liquide séro-fibrineux dans le tissu cellulaire, qui d'autres fois affecte les caractères d'une nappe purulente semi-concrète, remonte dans les fosses iliaques, à la région lombaire, dans la paroi abdominale antérieure. Le pus non collecté infiltre les mailles du tissu conjonctif ; l'infiltration commence au voisinage de l'anus, immédiatement au-dessus des insertions du releveur, et remonte le long du rectum, entre la tunique musculeuse et la tunique péritonéale. La muqueuse rectale peut, malgré la grande extension des lésions, n'offrir aucune altération notable, à peine un peu plus de coloration qu'à l'état normal (2). Lorsque le malade survit pendant un temps suffisant, on voit s'y adjoindre des lésions péritonitiques, allant de la simple vascularisation de l'intestin à l'exsudation d'un liquide séro-purulent. Il n'y a pas la moindre trace d'un processus adhésif de la séreuse. Les lésions sont manifestement ultra-septiques. Aussi, n'est-il pas rare de constater en même temps de la dégénérescence graisseuse aiguë du foie et des reins, de la tuméfaction et de la diffluence de la rate, et même, dans certains cas, des lésions d'infection purulente, des abcès métastatiques viscéraux.

L'affection débute, en général, presque immédiatement après l'opération,

(1) Bouilly. De la cellulite pelvienne diffuse. *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1879, t. I, p. 35 et 162.

(2) Verneuil, in Pozzi. *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, Paris, 1873, p. 66.

quelquefois le soir même ou le lendemain, plus rarement au bout de trois à quatre jours. Le thermomètre monte à 39°,5, 40° sans frisson préalable. En même temps surviennent des vomissements bilieux, peu abondants, répétés et des douleurs vives dans le bassin et les environs de la plaie. Les malades sont abattus, dans une demi-somnolence, et souffrent de la céphalalgie. Dès le lendemain du début des accidents, le teint est pâle, plombé. La plaie est grisâtre, donne une sanie purulente, quelquefois mêlée de gaz, toujours horriblement fétide. La langue se sèche, devient fuligineuse. Il y a souvent de la diarrhée, quelquefois de la dyspnée toxique sans lésion pulmonaire, d'autres fois de la broncho-pneumonie septique. Tous ces symptômes vont s'aggravant, se compliquant quelquefois de ceux d'une péritonite insidieuse, et la mort survient rapidement dans l'adynamie, du deuxième au dixième jour.

Le *traitement* de la périproctite septique doit avant tout être prophylactique. Opérer antiseptiquement et assurer une voie libre aux sécrétions et aux matières qui pourraient infecter le foyer traumatique, telles sont les deux pratiques qui ont aujourd'hui à peu près fait disparaître la périproctite septique des services de chirurgie.

Le traitement curatif consistera en de larges débridements et en irrigations antiseptiques, qui ne donneront de succès que dans les cas où l'inflammation a tendance à se limiter, la terminaison étant fatale dans la périproctite franchement diffuse.

2° Phlegmon gangreneux diffus.

Dans quelques cas exceptionnels, l'inflammation péri-ano-rectale revêt des caractères spéciaux. Les phénomènes gangreneux, que nous verrons se montrer à l'état limité dans un certain nombre d'abcès, sont ici la caractéristique de l'affection qui, par ses allures de phlegmon gangreneux à marche diffuse, rappelle beaucoup ce que l'on voit dans l'infiltration grave d'urine (1).

(1) Le travail le plus important publié sur ce point un peu spécial, est celui de FURNEAUX JORDAN. A clinical lecture on idiopathic gangrenous cellulitis around rectum. *Brit. med. Journ.*, London, 1879, t. I, p. 73. On trouve encore d'autres faits analogues dus à VINCENT JACKSON. Gangrenous cellulitis around the rectum. *Ibidem*, p. 186 ; à F. W. GIBBON. Case

La maladie débute soit au niveau même de l'anus, soit plus haut, dans la profondeur, s'accompagnant alors de symptômes de compression du plexus sacré. Les douleurs sont assez vives, l'état général grave, la langue sèche, le pouls petit ; quelquefois il y a du délire. Lorsque l'on n'intervient pas, la peau se soulève rapidement sous forme de phlyctènes, elle se perfore et laisse à nu des masses noirâtres, fétides qui baignent dans une sanie ichoreuse, plutôt que dans du pus. Dans quelques cas, la maladie envahit du périnée les régions voisines, le scrotum qui tombe en sphacèle, comme dans un cas de Gibbon, ou bien, continuant encore sa marche comme une infiltration d'urine, elle file sur un des côtés de la verge pour atteindre l'hypogastre et remonter sur le tronc. Chez un de nos malades l'inflammation gangreneuse allait jusqu'aux aisselles et, d'autre part, filait en arrière du rectum sur la région sacrée.

Obs. XXV. — *Phlegmon gangreneux à marche diffuse envahissant le tronc.* — X..., 36 ans, d'une bonne santé habituelle, gros, fort, grand mangeur et grand buveur, est pris sans cause connue de douleurs dans la région anale, dans les premiers jours de septembre 1889. Rapidement il apparaît une tuméfaction et de la rougeur qui s'étendent à tout le périnée, et qui gagnent avec une rapidité effrayante la paroi abdominale antérieure et le tronc. Jamais il n'avait rien éprouvé auparavant.

Lorsqu'appelé par notre ami, le Dr Cuvillier, nous voyons le malade, nous constatons : Vaste infiltration phlegmoneuse avec phlyctènes, plaques de sphacèle et gaz au niveau des deux fosses ischio-rectales. En arrière, l'infiltration s'étend jusque vers le sacrum. En avant, elle gagne le périnée antérieur, la paroi abdominale, remontant à gauche jusque vers l'aisselle ; l'aspect des parties rappelle absolument une infiltration d'urine. Cependant le malade n'a jamais rien eu du côté de son appareil urinaire. A tout hasard, nous explorons le canal qui est partout libre et souple ; l'urine est normale. La température est de 40° ; la langue sèche et rôtie.

Le 10 septembre 1889, le malade étant endormi par le Dr Cuvillier, l'opération est pratiquée par M. Hartmann avec l'aide de M. Caboche. De grandes incisions sont faites au thermocautère dans toutes les parties infiltrées qui, à la section, ont un aspect absolument identique à celui de l'infiltration grave d'urine.

La sonde cannelée, introduite dans la grande incision ischio-rectale droite et dirigée vers l'anus, pénètre dans la partie supérieure du canal anal. Incision de ce trajet. A part cette perforation de la partie supérieure du canal anal, il n'existe aucune lésion de celui-ci.

Partie des fosses ischio-rectales, l'infiltration a gagné le périnée antérieur et s'est propagée à la paroi abdominale, exactement comme les infiltrations d'urine, en passant sur les parties latérales de la verge.

of gangrene of scrotum, recovery. *Lancet*, London, 1890, t. I, p. 747 ; à Hal C. Wyman. Perirectal gangrene. *The American Lancet*, Détroit, Mich., 1892, p. 244.

Toutes les parties malades étant incisées, nous passons des drains en anse, en série, d'une incision à l'autre, depuis le sacrum jusque sur la paroi abdominale antérieure.

Au bout de trois mois, les drains avaient été progressivement supprimés et le malade était guéri, ne portant plus comme trace de son opération que de nombreuses et longues cicatrices.

Quatre ans et demi après, en janvier 1895, sa santé est toujours excellente; il n'y a jamais eu le moindre trouble depuis cette époque. Pas de glycosurie.

Jusqu'ici on n'a pas recherché la nature des agents infectieux qui existent dans ces inflammations gangreneuses. Comme on les a exclusivement observées chez des hommes gros, d'âge moyen, mangeant et buvant beaucoup, Furneaux Jordan pense que la réunion de ces deux abus est nécessaire pour en permettre le développement. Il est certain qu'il semble bien que la question de terrain joue ici un certain rôle; aussi ne manquera-t-on jamais de rechercher le diabète chez ces malades (1).

Le *traitement* doit être énergique ; il faut faire de larges incisions partout où se montrent les phénomènes gangreneux, appliquer des pansements humides et faire des irrigations antiseptiques largâ manû. On peut ainsi sauver un certain nombre de malades, alors même que l'infiltration gangreneuse est des plus étendues, comme le prouve l'observation du malade que nous avons traité et qui a guéri après des incisions multiples allant du sacrum jusqu'aux aisselles en passant par le périnée, l'hypogastre, les flancs et les parties latérales du tronc.

II. — Inflammations circonscrites (abcès)

Étude clinique. — Les inflammations circonscrites constituent les abcès proprement dits, dont on doit distinguer plusieurs variétés que nous allons décrire successivement.

1° Abcès superficiels.

Quelques auteurs ont voulu décrire aux abcès superficiels des variétés suivant leur siège par rapport au sphincter, distinguant ces

(1) Gerster (Arpad G.) a constaté le diabète dans un tiers des phlegmons gangreneux qu'il a observés (*Annals of surgery*, Phil., 1893, t. II, p. 195).

abcès en sous-sphinctériens et intra-sphinctériens ; cette distinction nous semble sans intérêt, un certain nombre de ces abcès étant à la fois sous et intra-sphinctériens. Il importe cependant de distinguer l'*abcès sous-cutanéo-muqueux* proprement dit de l'*abcès tubéreux* et de l'*abcès hémorrhoïdaire* ou *phlébitique circonscrit*.

Les *abcès tubéreux*, dits quelquefois à tort tuberculeux, regardés par Chassaignac comme le résultat « d'une irritation des lymphatiques contenus dans l'épaisseur de la peau », sont généralement rattachés aujourd'hui à l'inflammation d'un des appareils glandulaires de la peau de la région. Ils sont toujours au-dessous du sphincter, le plus souvent même en dehors des plis rayonnés. Ils font un relief régulier, du volume d'un gros pois, s'accompagnent d'une douleur variable, se ramollissent au bout de trois ou quatre jours et s'ouvrent spontanément, donnant un peu de pus séreux, quelquefois sanguinolent ; ils guérissent le plus souvent sans laisser de fistule. Dans certains cas, en particulier dans ceux de ces abcès développés assez près des plis de l'anus, là où le tissu sous-cutané, d'adipeux à aréoles bien limitées, devient lâche et presque séreux, il se forme, surtout si l'individu ne se soigne pas, une collection suppurée plus grande, due à un véritable abcès phlegmoneux surajouté. Dans ce cas, après incision large du foyer, il n'est pas rare de trouver au milieu du pus un petit bourbillon qui indique nettement la nature initiale de l'abcès.

L'*abcès phlébitique circonscrit*, bien indiqué par Chassaignac, est formé par la suppuration d'une ampoule hémorrhoïdaire isolée du reste de la circulation. C'est un petit abcès sans grande importance, s'ouvrant généralement dans le canal anal et devant son intérêt principal à la fistule borgne interne qui le suit généralement.

L'*abcès sous-cutanéo-muqueux* se montre le plus souvent sous la forme bien connue, dite *abcès de la marge de l'anus ;* il nous semble lié à une lymphangite réticulaire née d'une inoculation du canal anal. C'est lui qui est le point de départ le plus habituel de la fistule à l'anus.

Sa marche est des plus variables.

Dans certains cas, chez les phtisiques en particulier, il se développe,

pour ainsi dire, à l'insu du malade. C'est tout au plus s'il y a un peu de gêne et de pesanteur dans le petit bassin. La collection se forme sans aucun phénomène fébrile; quelquefois même l'abcès crève dans un effort de défécation et la fistule est immédiatement constituée. Lorsqu'on examine ces malades avant l'ouverture de l'abcès, on constate l'existence d'une tuméfaction étalée, manifestement fluctuante, sans grande réaction inflammatoire locale, tuméfaction qui remonte en général dans le canal anal.

D'autres fois l'abcès revêt des caractères qui lui méritent absolument le nom d'abcès phlegmoneux sous lequel il est assez souvent décrit. La tuméfaction, qui occupe, comme dans le cas précédent, la marge et le

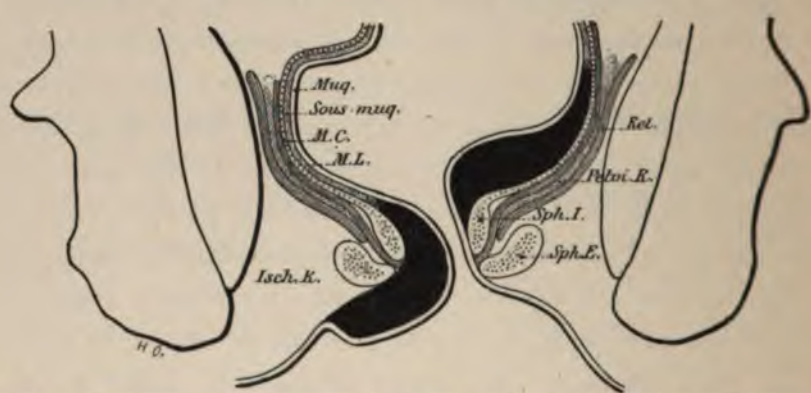


FIG. 54. — Abcès sous-cutanéo-muqueux. A gauche, l'abcès est développé principalement sous la peau ; à droite, il remonte sous la muqueuse.

canal anal, est globuleuse, chaude et douloureuse ; les téguments sont rouges ou violacés. La région est le siège de douleurs pulsatiles, souvent intenses, devenant excessives par le moindre attouchement. Le malade ne peut s'asseoir, il est obligé de rester couché sur le côté ; la défécation est des plus pénibles ; le moindre effort même, soit pour uriner, soit pour se moucher, est douloureux. Il y a de la fièvre, de l'inappétence, un état saburral. Ces symptômes continuent en augmentant d'intensité pendant quelques jours et la fluctuation devient manifeste du côté de la peau ; quelquefois cependant, lorsque l'abcès ne s'étend pas vers l'extérieur, il faut la rechercher avec deux doigts, l'un dans le rectum, l'autre sur la tuméfaction cutanée. Toujours cette exploration

permet de constater que l'abcès est dans toute son étendue sous-muqueux, situé en dedans du sphincter. L'abcès, livré à lui-même, s'ouvre spontanément, soit à la peau, soit dans le canal anal, soit à la fois à la peau et dans le canal anal, presque jamais, quoique le fait soit écrit partout, dans le rectum proprement dit. A partir de ce moment, une fistule est constituée.

Lorsque l'abcès ne s'est ouvert que par un petit pertuis, il peut y pénétrer, après son évacuation imparfaite, quelques gaz, de là une variété sans importance d'abcès gazeux de la région.

Tel est le siège habituel de cette variété d'abcès dont le point de départ est, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une inoculation du revêtement anal.

L'inflammation peut, de cette région, s'étendre dans diverses directions. Quelquefois elle remonte assez haut dans le rectum, toujours sous-muqueuse, s'y développant même, dans quelques cas, presque exclusivement et donnant lieu à une variété d'abcès sous-muqueux de la région ano-rectale; c'est l'*inter-mural abscess* des auteurs anglais, qui ne détermine que peu de douleurs, et ne peut être perçu que par le toucher rectal, sous forme d'une tuméfaction arrondie, élastique, dépressible ; aussi passe-t-il souvent inaperçu, d'autant qu'au bout de peu de temps il s'ouvre spontanément, donnant ainsi naissance à un trajet ascendant de fistule borgne interne.

Obs. XXVI. — *Abcès sous-muqueux du rectum.* — M. T..., 29 ans, entré le 28 novembre 1892 à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, pour un abcès intra-anal ayant débuté quelques jours auparavant, et donnant de la rétention d'urine. Le malade est manifestement tuberculeux.

A gauche de l'orifice anal, on sent une petite induration qui se continue dans le rectum, le long de la paroi antérieure jusqu'au niveau de la prostate environ. Cet abcès s'ouvre spontanément dans le rectum, au niveau de la région prostatique. Comme la suppuration continue, — le 8 décembre, M. Hartmann incise la peau au niveau de la petite induration juxta-anale, et glissant dans le canal sous-muqueux une sonde cannelée jusqu'à l'ouverture spontanée de l'abcès au voisinage de la prostate, fend au thermocautère la muqueuse dans toute son étendue et curette l'abcès.

Guérison au moment où le malade quitte l'hôpital, le 4 février 1893.

Tout à fait exceptionnellement, il s'ouvre à la fois en deux points de la muqueuse, créant ainsi une fistule bi-muqueuse. D'autres fois, suivant

les troncs lymphatiques émanés du réseau sous-sphinctérien, la suppuration s'étend avec eux dans le creux ischio-rectal, causant ainsi une variété d'*abcès de la fosse ischio-rectale*. L'observation suivante est un bel exemple de ces abcès lymphangitiques, à point de départ intra-anal, donnant lieu à la fois à un abcès de la marge, à une collection sous-muqueuse du rectum et à une suppuration étendue de la fosse ischio-rectale.

Obs. XXVII. — *Abcès de la fosse ischio-rectale par propagation d'un abcès sous-cutanéo-muqueux.* — Mme C..., 31 ans, entre à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann, le 20 mars 1893, pour un abcès ischio-rectal gauche déterminant de la rétention d'urine.

Nous faisons une longue incision antéro-postérieure qui s'avance jusqu'à la partie postérieure de la grande lèvre et ouvre un vaste foyer dans la fosse ischio-rectale. Ce foyer présente en avant un *diverticule profond qui remonte au-dessus du transverse du périnée, jusque sur le côté du vagin;* nous y plaçons un gros drain. En arrière de l'anus, il se continue jusque dans la fosse ischio-rectale du côté opposé, suivant un trajet en fer à cheval. Enfin, en dedans, il présente un diverticule qui contourne le bord inférieur du sphincter, file sous la muqueuse et remonte en décollant celle-ci dans le rectum, jusqu'à une hauteur de 12 centim. environ. De l'incision primitive, nous faisons alors partir deux autres incisions, l'une qui contourne la partie postérieure de l'anus et ouvre le prolongement ischio-rectal opposé, l'autre qui se dirige perpendiculairement vers l'anus dans le décollement sous-muqueux, que finalement nous incisons au thermocautère dans toute sa hauteur. Les diverticules multiples de l'abcès sont ainsi largement drainés sans que les tuniques rectales aient été sectionnées dans toute la hauteur de l'abcès, sauf la muqueuse pour le décollement sous-muqueux.

Guérison sans fistule. La malade est revue treize mois après, en avril 1894, toujours en parfaite santé.

2° Abcès de la fosse ischio-rectale.

Les *abcès de la fosse ischio-rectale* constituent les grands abcès du fondement. Ils sont plus rares que ne le laisseraient soupçonner certaines descriptions. Sur 49 cas consécutifs d'abcès de l'anus observés par notre élève Etchepare à l'hôpital Bichat, il n'y avait que 7 abcès de la fosse ischio-rectale. Ceux-ci ne représentaient donc que 18 p. 100 des cas. Encore devons-nous ajouter que la proportion doit être moindre, notre statistique étant une statistique hospitalière, et bon nombre de petits abcès ouverts par le médecin de ville ne venant pas à l'hôpital (1). Ce

(1) Etchepare. *Des abcès ischio-rectaux.* Th. de Paris, 1893-1894, n° 352.

sont, croyons-nous, presque toujours des *abcès par propagation*. On peut, à cet égard, en distinguer deux variétés :

Les abcès *superficiels*, les abcès *profonds ;* les premiers pouvant n'être superficiels que par leur origine et une partie de leur étendue, mais pouvant en même temps présenter des diverticules profonds, les autres étant profonds primitivement et n'atteignant les régions superficielles qu'à une période tardive de leur évolution. Les premiers sont le résultat de lymphangites tronculaires parties des réseaux sous-sphinctériens, envahissant secondairement la fosse ischio-rectale en contournant le bord inférieur du sphincter ; les seconds sont des abcès de l'espace

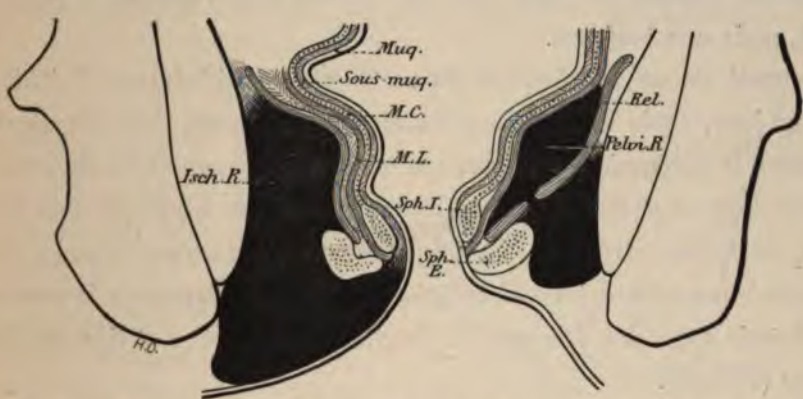


FIG. 55. — Abcès de la fosse ischio-rectale. A gauche, l'abcès est superficiel par son origine ; à droite, il vient de l'espace pelvi-rectal supérieur.

pelvi-rectal supérieur, secondairement propagés à la fosse ischio-rectale, l'abcès affecte dans ce dernier cas une disposition en bouton de chemise.

L'abcès est principalement caractérisé au début par de la douleur et des phénomènes généraux, fièvre, état saburral, altération du teint qui prend souvent une coloration jaunette. L'inspection de l'anus ne permet de rien découvrir, mais au palper on trouve, au voisinage de l'anus, une induration profonde que l'on constate encore plus nettement par le palper bimanuel avec un doigt d'une main dans le rectum, l'autre main explorant par sa face externe le creux ischio-rectal.

Lorsque les couches superficielles sont envahies, les symptômes

apparents sont les mêmes que dans l'abcès superficiel de la fosse ischio-rectale.

Toute la région est occupée par une vaste tumeur phlegmoneuse, étendue de la racine des bourses à la région coccygienne d'une part, de l'anus à la tubérosité sciatique de l'autre. Cette tuméfaction est douloureuse, rouge et dure, l'abcès étant en quelque sorte bridé par l'épaississement et l'induration inflammatoire des couches immédiatement sous-cutanées, converties en une sorte de masse épaisse et lardacée. Ainsi comprend-on qu'à l'incision le pus de ces abcès, extrêmement douloureux, jaillisse, pour ainsi dire à l'extérieur. Ce pus a une odeur putride. On a dit qu'il contenait toujours des gaz, c'est une erreur; il en renferme le plus souvent, mais non toujours.

Ceux-ci ne se développent du reste pas primitivement. Tel abcès, dur un jour, est le lendemain non seulement fluctuant, mais clapotant et sonore à la percussion. Les gaz, qui quelquefois proviennent du rectum, se développent ordinairement à l'intérieur même du foyer (1). Ces abcès sont, du reste, extrêmement septiques dans bon nombre de cas ; abandonnés à eux-mêmes ou mal soignés, ils peuvent entrainer la mort par septicémie avec des frissons, de l'agitation, du délire et des vomissements (Tillaux).

Dans certains cas, du reste, ces abcès sont primitivement graves et prennent d'emblée une allure gangreneuse ; le fait se produit en particulier dans ceux qui sont nés au voisinage d'un cancer, et de plus, d'une manière générale, chez tous les cachectiques, les tuberculeux comme les autres.

Un point intéressant de leur étude est la facilité avec laquelle ils se propagent dans diverses directions. Chassaignac leur décrit trois prolongements principaux : pelvien, périnéal et fessier. Le premier de ces prolongements est de beaucoup le plus important; il correspond au trajet des lymphatiques qui, de la fosse ischio-rectale, passent dans

(1) Le fait est nettement précisé dans une observation de GOSSELIN qui, après incision d'un abcès gazeux, n'a trouvé de perforation ni pendant la vie, ni après la mort. (*Dictionnaire de méd. et de chir. prat,* article : Anus, p. 655.) On sait du reste, aujourd'hui, que la production de gaz dans les foyers suppurés peut être due à la simple action de certains microbes.

l'espace pelvirectal supérieur. Contrairement à l'opinion classique, nous croyons que, dans un certain nombre de cas, l'abcès naît dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Nous en donnons comme type l'observation suivante :

OBS. XXVIII. — *Abcès ischio-rectal venant de l'espace pelvi-rectal supérieur, avec ulcération du rectum et collection sous-muqueuse.* — H. W..., 17 ans, cordonnier, entre le 4 mars 1893 à l'hôpital Bichat. Un frère mort de tuberculose. Il y a un an aurait déjà eu un abcès anal qui aurait duré douze jours environ.

Cette fois le malade souffre depuis quinze jours (élancements dans l'anus empêchant la station assise et augmentant au moment de la défécation).

A droite de l'anus, au niveau de la fosse ischio-rectale, sans qu'il y ait la moindre tuméfaction, ni la moindre altération de la peau appréciable, on sent une induration pro-

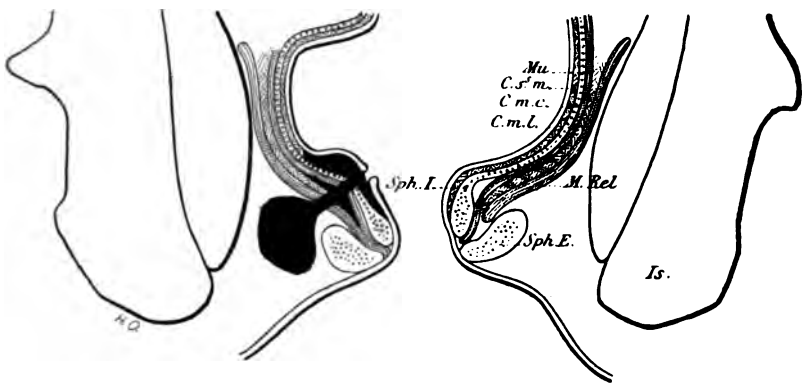


FIG. 56. — Abcès ischio-rectal venant de l'espace pelvi-rectal supérieur. Ulcération de la muqueuse et collection sous-muqueuse.

fonde. Le toucher rectal fait constater du même côté, à 4 centim. au-dessus du sphincter, une ulcération à bords indurés. (Au moment de l'opération, pendant l'anesthésie et après dilatation de l'anus, on a constaté qu'il y avait là une ulcération, en forme de fente à grand diamètre vertical, communiquant avec la cavité de l'abcès).

Opération le 8 mars 1893, par M. HARTMANN. — Une sonde cannelée fortement recourbée pénètre par l'ulcération rectale dans une cavité d'abcès qui descend dans la fosse ischio-rectale. A son niveau, en suivant la direction d'un pli rayonné, on ouvre profondément dans la fosse ischio-rectale un foyer plein de pus sanieux et grumeleux. Le foyer se prolonge en arrière. Toutes les parties qui séparent sa cavité de celle du rectum sont fendues au thermocautère. Un décollement de la muqueuse supérieur à l'ulcération est de même fendu.

Guérison complète au bout de trois mois et demi.

Dans d'autres, avec un abcès profond de la fosse ischio-rectale, nous avons trouvé une collection sous-muqueuse rejoignant par un

pertuis au-dessus du sphincter externe un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, situé entre la partie la plus inférieure du releveur et les tuniques rectales.

Enfin nous avons vu, avec un abcès de la fosse ischio-rectale, une collection sous-muqueuse qui rejoignait la première, soit en contournant le bord inférieur du sphincter externe, soit en perforant les insertions du releveur, directement au-dessus du sphincter externe.

Les diverticules périnéaux et fessiers peuvent, au contraire, à juste titre être regardés d'une manière constante comme des fusées parties de l'abcès de la fosse ischio-rectale.

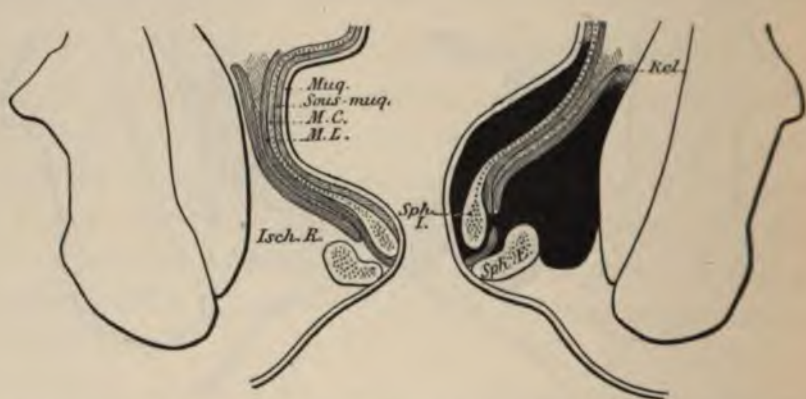


FIG. 57. — Abcès de la fosse ischio-rectale perforant les insertions du releveur immédiatement au-dessus du sphincter externe, pour communiquer avec une collection sous-muqueuse.

La rétention d'urine est assez fréquemment observée.

Ces abcès de la fosse ischio-rectale sont graves lorsqu'ils ne sont pas convenablement traités. Abandonnés à eux-mêmes ils s'ouvrent spontanément soit à la peau, soit dans le rectum, soit des deux côtés à la fois, exposant le malade sinon à des accidents septicémiques, tout au moins à la persistance d'une vaste cavité suppurante et des divers accidents qui peuvent en résulter, depuis la simple fistule jusqu'à la septicémie chronique.

Lorsqu'ils guérissent, ils peuvent encore laisser après eux certains accidents heureusement rares :

1° *Des douleurs*, résultant de ce que la cicatrice, sous l'influence de

la moindre irritation, s'enflamme, devient rouge, œdémateuse, si bien que le malade ne peut, sans souffrir beaucoup, accomplir le dernier temps de la défécation ;

2° *Des déformations*. Par suite de la rétraction des cicatrices, il persiste des brides saillantes au fond de l'infundibulum anal, circonscrivant des dépressions cutanées profondes, dans lesquelles s'accumulent des saletés nécessitant des soins de propreté minutieuse.

D. Mollière (1) parle encore de troubles fonctionnels du côté des organes voisins (chez l'homme, des rétrécissements uréthraux par bride périnéale ; chez la femme, des adhérences du vagin). Ce sont là des accidents qui nous paraissent hypothétiques.

3° Abcès sous-aponévrotiques ou profonds.

Les abcès profonds de la région péri-rectale peuvent se développer, comme nous l'avons vu, soit dans l'espace pelvi-rectal supérieur, soit en arrière du rectum dans la loge rétro-rectale.

a) *Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.*

Sous le nom *d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur* nous décrivons l'ensemble des abcès développés au contact du rectum, entre lui et le releveur de l'anus. Ces abcès, qui peuvent reconnaître pour point de départ une lésion du rectum ou de l'anus (rectite, ulcération, rétrécissement, perforation, etc.), ont assez souvent leur origine dans un organe voisin. Nous signalerons en particulier les lésions des os du bassin, chez l'homme les phlegmons péri-prostatiques, chez la femme les phlegmons de l'étage inférieur des ligaments larges (2). A la partie tout inférieure de l'espace pelvi-rectal supérieur, en un point où le releveur se trouve immédiatement au contact du rectum, peuvent se développer des collections suppurées qui ont probablement leur origine dans des lymphan-

(1) D. Mollière. *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1877, p. 35.

(2) Nous avons eu l'occasion d'en autopsier un cas, où l'on voyait le foyer s'étendre à la fois vers la fosse ischio-rectale et vers la fesse correspondante.

gites tronculaires, spécialement au niveau d'un point où ces troncs lymphatiques subissent un coude extrêmement marqué et se contournent.ce qui facilite peut-être la production de thromboses lymphatiques septiques. Ces dernières collections ne tardent pas à se propager aux fosses ischio-rectales ; ce sont cliniquement des abcès de la fosse ischio-rectale, mais, lorsqu'on intervient de bonne heure on peut, comme dans l'observation suivante, constater l'intégrité de celles-ci.

OBS. XXIX. — *Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, communiquant au-dessus du sphincter externe avec une collection sous-muqueuse.* — M. X..., 38 ans, souffre depuis longtemps d'hémorrhoïdes. Les douleurs se sont calmées depuis une dilatation anale faite il y a environ six ans pour une fissure, par M. Guyon. Depuis cette époque, il allait relativement assez bien, lorsqu'il y a six jours, il a été pris de difficultés pour aller à la garde-robe et de douleurs profondes dans la région de l'anus. Ces douleurs, plus marquées à droite qu'à gauche, ont été progressivement croissant et sont devenues intolérables. En même temps, l'appétit a complètement disparu, dit-il, et il y a eu de l'insomnie.

Le 14 septembre 1893, 39° ; teinte jaunette de la peau, toutes les apparences d'un malade infecté. Rien à l'examen extérieur de l'anus que des hémorrhoïdes turgescentes. Le toucher est extrêmement douloureux ; par le palper de la périphérie de l'anus combiné avec le toucher rectal, on sent à droite une induration profonde et douloureuse.

Opération par M. HARTMANN. — Le 15 septembre, anesthésie. Dilatation de l'anus qui entraîne la rupture d'un foyer sous-muqueux à la partie supérieure de la région sphinctérienne sur la ligne médiane postérieure. Une sonde cannelée, introduite par cette perforation, s'engage à 8 centim. environ dans un trajet sous-muqueux que l'on incise au thermocautère. Au-dessous de la perforation, on incise au thermocautère la muqueuse et le sphincter, ce qui permet d'ouvrir une deuxième collection communiquant avec la sous-muqueuse en passant entre les sphincters. Cette deuxième collection extra-rectale se prolonge par en haut, à droite et à gauche du rectum, au-dessus des releveurs. La collection du côté droit, beaucoup plus développée que la gauche, communique avec elle à la partie inférieure, en une sorte de carrefour d'où part le pertuis sous-muqueux. Deux drains, se joignant comme les deux branches d'un V dans la partie postérieure de l'incision, sont placés dans chacun de ces décollements. (On n'incise donc pas la paroi rectale dans toute la hauteur des décollements.)

Guérison sans fistule et sans incontinence, maintenue un an après.

Il est assez exceptionnel d'observer pareil cas, et le plus souvent, lorsque le chirurgien est appelé, c'est après envahissement, tout au moins, d'une des deux fosses ischio-rectales.

Étant donné que ces abcès ont assez souvent leur point de départ dans un organe voisin, on conçoit qu'ils puissent être précédés des signes qui traduisent l'inflammation de cet organe, signes de prostatite, signes

de phlegmon du ligament large. Ces divers abcès naissent un peu plus haut que les abcès lymphangitiques dont nous venons de donner un exemple; ils s'ouvrent fréquemment dans le rectum; souvent alors la progression de la collection est arrêtée, quelquefois elle guérit ainsi, d'autres fois elle persiste à l'état de cavité suppurante se vidant constamment ou avec des intermittences dans le rectum, quelquefois enfin l'évacuation dans l'intestin n'empêche pas la cavité de continuer à s'étendre et à envahir secondairement soit le périnée antérieur, soit les fosses ischio-rectales. On a vu enfin, le fait est plus rare mais existe, cet abcès s'ouvrir spontanément dans la vessie.

Dans ces divers abcès la rétention d'urine est presque constante.

Le pronostic de ces suppurations profondes est nécessairement grave, immédiatement par les dangers de septicémie, de pyémie, de propagations diverses ; secondairement, après ouverture, par suite de la persistance de la suppuration et des divers accidents qui peuvent en résulter.

b) *Abcès rétro-rectaux.*

Nous croyons qu'il faut distinguer des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur ceux développés dans le mésorectum qui correspondent à une loge anatomiquement bien distincte et à un territoire vasculaire tout à fait spécial.

Tandis que l'espace pelvi-rectal supérieur répond à des branches des vaisseaux hypogastriques, la loge rétro-rectale reçoit ses vaisseaux de la mésentérique inférieure. Ces abcès, résultat probable d'adénites d'origine rectale, sont médians, postérieurs, et viennent s'ouvrir à la partie postérieure de l'anus. Comme ils sont peu connus, nous pensons qu'il est intéressant d'en rapporter ici une observation.

OBS. XXX. — *Abcès rétro-rectal consécutif à une rectite.* — Enfant de 3 ans et demi, sans aucune espèce d'antécédent héréditaire, atteinte de bronchite en février 1893. Le médecin qui la soignait lui fit avaler en l'espace de dix jours 35 gr. d'oxyde blanc d'antimoine. Le résultat le plus clair de cette médication fut une entérite extrêmement intense; il survint de la diarrhée fétide avec expulsion de paquets de glaires parfois teintés d'un peu de sang. Au premier mois l'appétit était perdu, le facies pâle, les forces nulles, la température à 38°. Le 8 mars la température monta à 39°,6, et la fillette se

plaignit amèrement du côté de l'anus et de la fosse iliaque. Le relâchement de l'anus était extrême et avait tellement frappé le médecin qui nous appela, qu'il s'était demandé si l'enfant n'avait pas été victime d'un attentat criminel. Le 9 mars une goutte de pus vint sourdre à la commissure postérieure de l'anus, exactement sur la ligne médiane.

Appelé le 10 mars, je donnai le chloroforme et, sans toucher à la muqueuse rectale, je fendis le sphincter externe et les parties molles jusqu'à la pointe du coccyx ; il s'écoula une grande quantité de pus fétide. J'introduisis le doigt dans la cavité de l'abcès, et je constatai qu'arrêté latéralement, le doigt pouvait remonter le long de la face antérieure du sacrum jusque vers la fosse iliaque gauche. La cavité fut bourrée de gaze au salol.

Le 12 mars la gaze fut remplacée par un drain, et des lavages avec une solution de lysol furent institués quotidiennement.

A partir de ce moment la fièvre tomba, la suppuration diminua graduellement, et le drain progressivement raccourci put être supprimé sans inconvénient à la fin de mars. L'état général avait subi une progression parallèle ; la guérison complète fut obtenue à la fin d'avril. L'enfant garda longtemps encore un relâchement du sphincter ; en janvier 1894, cette incontinence n'existait plus que pour les matières liquides, la santé était parfaite. Le 6 mars toute trace d'incontinence avait complètement disparu (1).

Il nous semble manifeste que, dans cette observation, nous avons eu affaire à un foyer développé entre la face postérieure du rectum et la concavité sacrée, à la suite d'une rectite par ingestion médicamenteuse ; il n'y a jamais eu de perforation de l'intestin, comme l'a prouvé la guérison par la simple ouverture du foyer ; l'intermédiaire entre l'inflammation de la muqueuse rectale et la suppuration rétro-rectale n'a pu être que le système lymphatique (2). On comprend facilement que ces lymphangites ou ces adénites mésorectales soient rarement le point de départ d'abcès, les lésions qui leur donnent naissance étant beaucoup moins fréquentes que celles de l'orifice anal. La tuméfaction de ces ganglions a cependant été notée dans la dysenterie, mais il est rare dans cette affection de les voir suppurer (Kelsch et Kiener).

C'est à des adénophlegmons de cette loge qu'il faut encore rapporter, croyons-nous, les faits publiés par Vasy Fernand sous le nom d'adéno-

(1) QUÉNU. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, avril 1894. Peut-être pourrait-on rapprocher de cette observation un fait de Trélat, où, quinze jours après l'incision d'une fistulette anale, on dut ouvrir un gros foyer purulent, remontant le long de la face postérieure du rectum dans une hauteur de 8 à 9 centim. (In S. POZZI. *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, Paris, 1873, p. 58).

(2) L'idée que certaines rectites chroniques peuvent déterminer des adénophlegmons du mésorectum avait déjà été émise par Tripier, mais il n'en avait relaté aucune observation. Consulter à cet égard FRANCOU. *De la fistule anale. Étiologie et traitement.* Th. de Lyon, 1883-1884, n° 230, p. 23.

phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur (1). Le malade qui fut l'objet de sa thèse portait une petite tumeur dure à quelques centimètres au-dessus du sphincter, ayant son siège principal à la partie postérieure du rectum et s'avançant en diminuant sur les côtés de celui-ci, sans atteindre sa face antérieure. Il s'agissait bien évidemment d'un adéno-phlegmon de la loge rétro-rectale, adénophlegmon qui, dans ce cas, se termina par résolution.

4° Traitement des abcès.

Un point est depuis l'antiquité bien établi dans le traitement des phlegmons et abcès de la région ano-rectale, c'est qu'il ne faut guère en espérer la résolution, qu'il ne faut pas s'attarder à l'emploi des émollients et des antiphlogistiques, qu'il faut de bonne heure recourir au bistouri qui est le vrai résolutif. Il ne faut pas pour agir attendre la « parfaite suppuration », mais « venir à l'ouverture, la tumeur étant encore verdelette », disait A. Paré. Le précepte n'a pas varié. Aujourd'hui comme au temps d'Hippocrate, et d'A. Paré, tout le monde s'accorde pour *préconiser l'ouverture précoce* des abcès de la région ano-rectale. La discussion porte uniquement sur la manière d'ouvrir ces abcès, de façon à éviter, dans la mesure du possible, la formation secondaire d'une fistule.

Les mémoires contradictoires de l'Académie de chirurgie n'ont pas élucidé la question, qui aujourd'hui encore n'est pas définitivement tranchée pour tout le monde, comme le montre la dernière discussion de la Société de chirurgie (2). Alors que Faget nous dit : « Il ne suffit pas toujours d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est découvert, il faut inciser ou fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines (3) », ce qu'avait déjà écrit Saviard en 1695, ce qu'accepte J.-L. Petit, Foubert affirme qu'on peut guérir les abcès de la région ano-rectale par l'incision cutanée seule (4).

(1) VASY FERNAND. *Adénophlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur*, Th. de Paris, 1879, n° 552.

(2) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1887, *passim*.

(3) FAGET l'aîné. Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, éd. in-4°, Paris, 1743, t. I, p. 389.

(4) FOUBERT. Sur les grands abcès du fondement. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, éd. in-8°, Paris, 1767, t. III, p. 473.

Dans ces dernières années, M. Reclus, qui a inspiré plusieurs thèses sur cette question (1) et qui a lui-même écrit plusieurs articles sur elle, conclut de la manière suivante : « La méthode de Faget demeure pour nous la méthode de choix ; elle seule évitera l'apparition d'une fistule dans les abcès de la fosse ischio-rectale, ou extra-sphinctériens, que les abcès soient inflammatoires ou qu'ils soient tuberculeux; il en sera de même dans la variété tuberculeuse des abcès intra-sphinctériens ; dans la variété inflammatoire, le procédé de Foubert peut être suivi de succès, mais nous croyons plus sûr, même alors, d'inciser la collection et de fendre le décollement (2) ».

Nous ne nions pas qu'une très petite incision, faite comme le recommandait Foubert, puisse quelquefois amener la guérison ; des observations le prouvent; mais nous pensons que, dans aucun cas, il ne faut y compter, que par conséquent c'est une pratique à abandonner. En résulte-t-il que, dans tous les cas, on doive, comme cela est dit et écrit de divers côtés, fendre la paroi de l'intestin dans toute la hauteur correspondante à la cavité de l'abcès ? Nous ne le croyons pas.

Pour prévenir la fistule, *l'incision doit être large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès*, de manière à assurer l'évacuation complète et facile du pus sécrété dans ses divers décollements. Inutile pour cela d'inciser toujours et dans toute la hauteur correspondante à la cavité de l'abcès les tuniques rectales. Nous le conseillons lorsque la collection est purement sous-tégumentaire, sous-cutanée ou sous-muqueuse; l'incision d'une grande étendue de peau ou de muqueuse n'ayant aucune importance ni au point de vue de la gravité opératoire, ni au point de vue fonctionnel ultérieur, mais nous pensons qu'il faut être aussi sobre que possible d'incision comprenant toute l'épaisseur des tuniques rectales et du releveur qui les double. C'est dire que nous rejetons d'une manière absolue la pratique qui veut que, dans les abcès de la fosse ischio-rectale, on fende, après ouverture de la collection ischio-rectale, le rectum dans toute la hauteur du décollement. Ces principes généraux posés, voyons

(1) En particulier BARRAU DE MURATEL. *De l'incision des abcès dans la région ano-rectale*, Th. de Paris, 1885-1886, n° 267.

(2) RECLUS. *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1888.

comment on peut les appliquer aux divers types de suppurations péri-ano-rectales :

Les abcès tubéreux, les abcès phlébitiques circonscrits où la cavité suppurante est petite, sans diverticules, seront simplement ouverts par une petite incision, comme les abcès de toute autre région. On pourrait peut-être utiliser avec avantage le galvanocautère (Quénu).

Dans le cas d'abcès sous-cutanéo-muqueux, après anesthésie par le bromure d'éthyle seul, nous faisons, après dilatation de l'anus, la section de toute la hauteur du revêtement cutané ou muqueux correspondant à l'abcès.

Dans les abcès de la fosse ischio-rectale nous évitons, au contraire, de fendre les tuniques rectales dans toute la hauteur de l'abcès, de manière à ménager autant que possible l'appareil musculaire de la région.

S'il s'agit d'un abcès de la variété superficielle, abcès par propagation secondaire à un abcès de la variété précédente, nous commençons par le traitement indiqué de la portion sous-cutanéo-muqueuse de l'abcès ; puis, continuant l'incision parallèlement aux plis rayonnés, nous fendons la peau et les parties molles qui recouvrent la cavité suppurante jusqu'à la limite externe de celle-ci, complétant au besoin notre intervention par la mise à découvert de tous les diverticules secondaires, fessier et périnéal. Tous les recoins de l'abcès sont ainsi mis à nu sans que l'appareil musculaire ano-rectal ait été en quoi que ce soit intéressé. La cavité est tamponnée à la gaze iodoformée, et un drain placé dans le rectum pour faciliter l'émission des gaz. A partir de ce moment la température tombe à la normale, et l'on est frappé de la rapidité avec laquelle se comblent les cavités et se cicatrisent les incisions. En cas d'abcès tuberculeux nous curettons avec soin les fongosités, faisant suivre le currettage de cautérisation avec le thermocautère.

Notre conduite est un peu différente dans les abcès profonds de la fosse ischio-rectale. Avec le professeur Terrier, avec Allingham, A. Clark, Wharton (1), etc., nous conseillons de faire en dehors et parallèlement aux fibres du sphincter externe une longue incision antéro-postérieure, tamponnant ensuite la cavité de l'abcès.

(1) HENRY R. WHARTON. The treatment of ischio-rectal abscess. *Buffalo medic. and surg. journal*, 1893, t. XXXII, p. 352

Cette conduite, excellente pour les abcès unilatéraux, est insuffisante lorsque l'abcès a passé d'une fosse ischio-rectale à l'autre, au-dessus du sphincter externe. Dans ce cas, nous n'hésitons pas à faire en arrière, sur la ligne médiane, une incision qui comprend la partie la plus postérieure du sphincter externe, à mettre ainsi à découvert la partie moyenne de l'abcès, et à assurer, avec de gros drains s'écartant en V vers chacune des fosses ischio-rectales, l'écoulement du liquide fourni par les cavités suppurantes. Pour éviter le déplacement de ces drains, nous les fixons aux lèvres de la plaie avec un gros crin.

Quant aux abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, leur traitement diffère suivant leur siège :

Dans le cas de péri-prostatite suppurée, nous pensons que, même si la collection semble sur le point de s'ouvrir dans le rectum, il est sage de ne pas l'ouvrir par cette voie, quelque tentante qu'elle semble au premier abord ; il faut, croyons-nous, aller franchement par le périnée à la recherche de l'abcès, en pratiquant l'incision de la taille prérectale. C'est le seul moyen sûr d'assurer l'évacuation complète du foyer, et par là d'arrêter la marche de l'abcès.

C'est, malgré les apparences, la conduite la plus prudente à notre avis. Cette opinion, soutenue dès 1885 par l'un de nous (1) et par M. Segond (2), a, depuis lors, conquis des adeptes. J.-L. Reverdin (3) l'a acceptée, et nous voyons que, dans ces dernières années, elle a pénétré en Allemagne (4).

Lorsque l'abcès a un point de départ rectal, l'incision doit être en rapport avec le siège de la collection, sans que pour cela il soit, le moins du monde, nécessaire d'inciser les parois rectales. Certains abcès, dans l'étage supérieur du périnée, peuvent être ouverts par une incision curviligne encadrant un des segments antérieurs de l'anus.

(1) HARTMANN, in GUILAIN. *Contrib. à l'étude du traitem. des abcès prostat. et périprost. par l'incision périnéale*, Th. de Paris, 1885-1886, n° 73.

(2) SEGOND. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, p. 532.

(3) J.-L. REVERDIN. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1891, p. 4, 58, 187.

(4) ZELLER. Ueber die Eröffnung tiefer perirektaler Abscesse durch den Perinealschnitt, *Beitr. zur klinischen Chirurgie*, Tübingen, 1888, Bd. III, p. 208.

Obs. XXXI. — *Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur à staphylocoques. Opération sans section du rectum.* — M. A..., 35 ans, chauffeur, est opéré pour des hémorrhoïdes par M. Savariaud, suivant le procédé de Whitehead, le 15 février 1894. Les suites sont normales ; la température ne s'élève pas au-dessus de 37° pendant cinq jours. Le sixième jour, on enlève les fils. Immédiatement, le thermomètre monte à 38°,6, puis à 40°. Localement aucune complication ; la réunion est parfaite, sauf au niveau d'un point de suture. L'anus n'est point douloureux au toucher.

Le 26. Élancements et ténesme.

Le 2 mars, on détermine par le toucher rectal de la douleur, en appuyant à 9 ou 10 centim. de l'anus sur la partie latérale gauche du rectum ; aucune tuméfaction à ce niveau.

Le 5. Douleurs très violentes ; engourdissement dans la cuisse, élancements au niveau de la grande échancrure sciatique. Thermomètre, 37°,4 le matin, 39°,5 le soir ; les douleurs profondes et les élancements dans la fesse persistent les jours suivants. Nouvel examen le 12 mars.

La fosse ischio-rectale est souple, sans aucune tuméfaction ; une pression très forte et profonde détermine de la douleur.

Toucher rectal : aucune douleur dans la traversée sphinctérienne ; plus haut, à droite, rien ; mais à gauche, et empiétant un peu en avant, on sent, à 5 centim. de l'anus, une tuméfaction douloureuse qui bombe et refoule le rectum. Le jour même, sous le chloroforme, M. Quénu fait une incision qui part de la commissure antérieure du sphincter externe, contourne l'anus et gagne la fosse ischio-rectale. Pus crémeux abondant. Poche de 10 centim. de profondeur. Le pus recueilli a été examiné par M. Metchnikoff qui y a trouvé du staphylocoque. La température tombe progressivement (38° le soir, 37°,8 le lendemain, etc.) La cavité, largement drainée, se comble assez vite. Le drain est supprimé le 24 avril, et remplacé par une petite mèche de gaze iodoformée. Le trajet ne mesure plus que 2 centim. ; malheureusement, le malade sort de l'hôpital, se grise et reste plusieurs jours sans pansement. Le 14 mai, la profondeur de la petite plaie est de 1 centim. à peine ; c'est une petite ulcération plutôt qu'un trajet.

Le plus souvent c'est l'incision médiane postérieure qui est indiquée. Fendant franchement le sphincter externe sur la ligne ano-coccygienne, on arrive entre le releveur et le rectum, pouvant s'engager aussi bien d'un côté que de l'autre et établir ainsi un drainage déclive des collections développées dans l'espace pelvi-rectal. L'incision de toutes les tuniques intestinales ne nous semble utile qu'autant qu'il existe déjà une perforation de l'intestin, et doit, dans ce dernier cas, remonter jusqu'à la perforation.

Une incision médiane postérieure permettra de même d'ouvrir, sans intéresser les tuniques rectales, les collections développées dans l'espace rétro-rectal.

CHAPITRE V

FISTULES ANO-RECTALES

On peut désigner sous le titre de fistule ano-rectale tout trajet fistuleux communiquant avec l'anus ou le rectum, mais il n'y a pas d'intérêt à englober dans un même chapitre des lésions aussi dissemblables qu'une fistule à l'anus ordinaire et un abcès ossifluent ouvert dans l'intestin ; l'origine osseuse d'une lésion suffira donc à la faire éliminer de notre cadre; d'autre part les trajets suppurants ouverts autour de l'anus, mais sans communication avec l'intestin, affectent avec les fistules-types, c'est-à-dire les complètes, une analogie d'origine, de nature et de traitement telle, qu'il est impossible de les décrire dans un chapitre différent. Le terme fistule ano-rectale devra donc s'appliquer, d'après nous, à tout trajet fistuleux *contigu* au conduit ano-rectal et indépendant d'une altération osseuse (1). Parmi ces fistules, les unes s'étendent de l'intestin aux cavités génitales ou urinaires ; elles seront décrites à part, sous le nom de fistules recto-génitales, ou de recto-urinaires ; les autres sont les fistules ano-rectales proprement dites, que nous pouvons subdiviser en fistules sous-tégumentaires et en fistules sous-aponévrotiques, suivant que leur trajet se limite à la couche sous-cutanéo-muqueuse (2) ou qu'il s'étend au travers du releveur jusque sur les côtés du rectum proprement dit. De là une grande distinction entre les fistules à l'anus proprement dites et les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.

(1) Küster donne le nom de fistule congénitale de l'anus à certains abouchements anormaux. Nous renvoyons pour l'étude de ceux-ci au chapitre des malformations de l'anus et du rectum.

(2) Pouvant remonter très haut sur la muqueuse rectale, pouvant s'enfoncer dans la fosse ischio-rectale, mais ne perforant pas le releveur.

I. — Fistules a l'anus (sous-tégumentaires)

D'après les considérations précédentes, nous sommes autorisés à réserver le nom de fistules à l'anus aux trajets suppurants contigus au conduit anal, communiquant ou non avec lui, et indépendants d'une altération des os ou de l'appareil génito-urinaire.

Division et anatomie pathologique. — Dans la généralité des cas, sinon toujours, la fistule anale succède à un abcès. L'abcès ouvert au dehors s'est antérieurement ou consécutivement frayé une deuxième voie dans le rectum; il s'établira presque certainement un trajet fistuleux, mais il ne faut pas dire encore qu'il y a fistule. Ce terme comporte une idée de chronicité, de tendance à la canalisation. Comme on l'a très bien dit, la fistule est un *ulcère canaliculé;* l'abcès en diffère par ses caractères d'acuïté, de capacité, de structure : la poche suppurante est une fistule en perspective mais non fatalement, certains abcès pouvant complètement guérir sans fistulisation : la fistule n'est créée qu'à l'heure où la réparation s'arrête, quand l'effacement de la poche ne fait plus aucun progrès, quand le caractère de permanence est devenu évident.

La fistule à l'anus *complète* est la fistule-type. Elle se compose d'un trajet et de deux orifices. Réduite à un trajet et à son orifice externe, la fistule est dite *borgne externe* ; on appelle *borgne interne* celle qui ne communique qu'avec l'intestin.

La situation du trajet par rapport au muscle sphincter externe nous paraît avoir une importance prédominante : nous baserons sur elle notre première division ; elle correspond à celle des abcès en marginaux et ischio-rectaux. Les abcès marginaux sont nécessairement sous-cutanés ou sous-muqueux ou les deux à la fois, les ischio-rectaux peuvent s'accompagner de décollements sous-cutanéo-muqueux, mais ce sont essentiellement des abcès extra-sphinctériens, nous aurons donc des trajets sous-cutanéo-muqueux qui passent au-dessous et en dedans des sphincters, et des trajets extra-sphinctériens s'enfonçant dans la fosse ischio-rectale.

Les *fistules ischio-rectales*, suites ordinaires des abcès ischio-rectaux,

ont généralement leur orifice cutané sur le côté et à une certaine distance de l'anus. Le trajet, séparé du doigt intra-anal par toute l'épaisseur des sphincters, s'enfonce d'ordinaire assez loin, jusqu'à 6 ou 7 centim. en s'inclinant en dedans vers le sommet de la fosse ischio-rectale. Si la fistule est complète, sur le trajet précédent se branche un deuxième trajet qui, dans la généralité des cas, traverse les parois rectales au niveau du bord supérieur du sphincter externe, au point précis où le bord inférieur du releveur s'y accole : les fistules ischio-rectales complètes sont donc des fistules sus-sphinctériennes ; elles peuvent du reste se compliquer d'un décollement sous-muqueux partant de l'orifice interne, et de

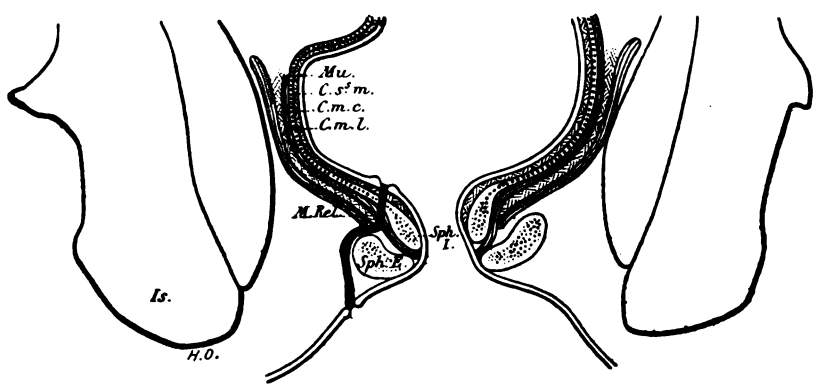


FIG. 58. — Fistule ischio-rectale.

décollements sous-cutanés, en avant vers le périnée, en arrière vers le grand fessier.

Les *fistules sous-cutanéo-muqueuses* sont de beaucoup les plus communes : elles sont complètes, borgnes externes, ou borgnes internes. La fréquence relative de ces trois variétés mérite de nous arrêter un instant.

On s'accorde à considérer les dernières comme les plus rares. Il est difficile, d'après les documents publiés, d'apprécier la fréquence relative des deux autres ; il faut, en effet, qu'une exploration soit bien complète pour qu'on ait le droit d'en inférer l'absence d'orifice interne. Or, tel n'est pas le cas dans la plupart des observations. Personnellement, les fistules complètes nous paraissent plus fréquentes; nos observations

concordent avec celles de Beck (1), de Stromeyer et de Sczymanowsky (2); elles sont toutefois en contradiction avec celles de Greffrath (3). Tandis que Beck, sur 37 cas, ne rencontre qu'une seule fistule incomplète, Greffrath, relevant une série de 61 cas dans le service de Czerny, ne rencontre que 18 fistules complètes ; des 43 autres, 3 étaient borgnes internes, et 40 borgnes externes.

Les *fistules borgnes internes* succèdent à de petits abcès sous-muqueux ouverts seulement dans le rectum. On les observerait spécialement à la suite d'ulcérations de la muqueuse (4). Leur orifice bas situé peut être très petit, difficile à découvrir (5), il est le plus souvent large par suite de la destruction des parois rectales, assez large parfois pour

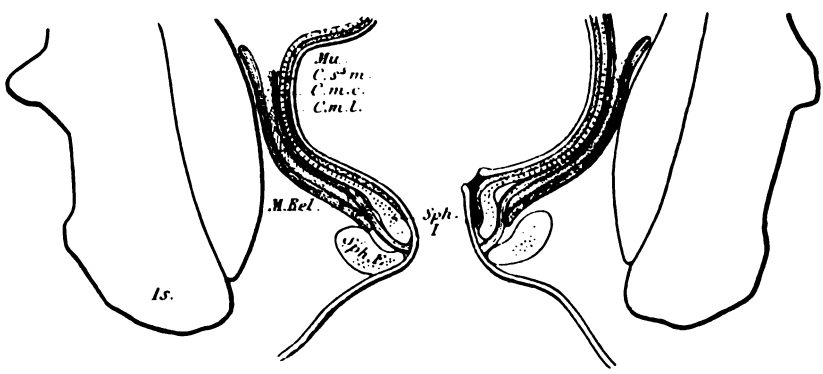


FIG. 59. — Fistule borgne interne.

admettre le bout du doigt (6). Le trajet se dirige habituellement de haut en bas vers l'anus, il n'a pas la régularité des autres trajets fistuleux, c'est plutôt un décollement sous-muqueux qu'un trajet canaliculé.

Les *fistules complètes* nous offrent à considérer un orifice cutané, un orifice muqueux et le trajet intermédiaire.

(1) BECK (B.). Ueber Mastdarmfisteln, *Memorabilien*, Heilbr., 1881, n. F., t. I, p. 3.

(2) Cités par GREFFRATH.

(3) GREFFRATH (CARL C. E.). Kasuistische Beiträge zur Operation des Mastdarmfisteln, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XXXI, p. 18. (On consultera avec avantage cet article pour la bibliographie de la question.)

(4) ESMARCH. *Die Krankheiten des Mastdarmes*. Stuttgart, 1887, p. 127 à 146.

(5) Cas de Beck dans lequel on découvrit à l'autopsie, près de l'anus, un diverticule du rectum dont l'orifice était caché par un repli de la muqueuse.

(6) Cas de Cripps.

L'orifice cutané peut se rencontrer sur tout le pourtour de l'anus; toutefois le siège antérieur est exceptionnel, c'est sur les côtés et beaucoup plus rarement sur la ligne médiane postérieure que débouchent la généralité des fistules anales (1). Sa distance de l'anus est très variable, tantôt il en est à quelques centimètres (2), tantôt il s'en rapproche au point de se cacher dans un des plis rayonnés.

Il est ordinairement très petit, n'admettant que l'extrémité d'un stylet de petit calibre, situé au sommet d'une élevure rougeâtre ou bien au fond d'une petite dépression occasionnée par la rétraction cicatricielle. Dans les fistules tuberculeuses, l'orifice cutané prend souvent un aspect ulcéreux; il est large, à bords décollés et déchiquetés, à fond atone

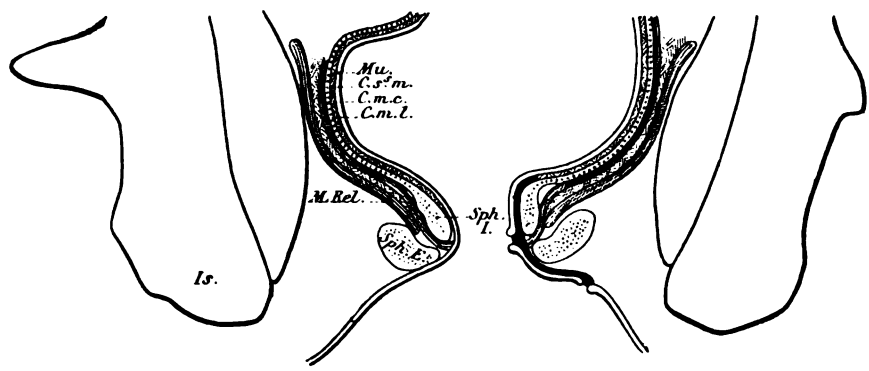


FIG. 60. — Fistule complète (au-dessus de l'orifice interne, on voit un décollement sous-muqueux).

et sanieux; d'autres fois il surmonte une petite tumeur violacée, ramollie au centre, dure à la périphérie, véritable tuberculide de la peau.

La situation de l'*orifice interne* a fait l'objet de nombreuses recherches. Ribes (3), le premier, a établi d'une façon positive d'après ses dissec-

(1) Sur 51 cas de fistules complètes ou borgnes externes, Greffrath note : 9 fois des fistules à orifices multiples; 31 fois le siège latéral; 8 fois le siège médian postérieur; 2 fois le siège médian antérieur.

(2) Jusqu'à 8 centim., sur une des fesses (Esmarch) et jusque sur la cuisse dans l'obs. de TUTTLE (J. P.). The treatment of ano-rectal fistula, *N.-Y. medic. Journ.*, 1893, t. LVIII, p. 1; le trajet dans les fistules tuberculeuses s'étend particulièrement loin.

(3) RIBES. *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, 1826, t. IX, p. 85. — Ribes cependant en rapporte le mérite à son maître Sabatier. D'après PLEINDOUX, *Ephémér. de Montpellier*, t. VII, p. 210, cité par VELPEAU (*Dict. en 30*), cette doctrine appartiendrait à Brunel, médecin d'Avignon, qui l'a défendue dans un traité sur la fistule, publié en 1783, aujourd'hui introuvable.

tions, que l'orifice interne des fistules anales est bas situé. Quelle que soit la hauteur du décollement où s'engage le stylet, il s'ouvre généralement à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur du sphincter, immédiatement au-dessus de l'endroit où la membrane interne du rectum s'unit avec la peau, dit Ribes, exceptionnellement à plus de cinq ou six lignes (soit 10 à 12 millim. au-dessus), il répond précisément à la zone des valvules semi-lunaires, zone facilement inoculable en raison de la structure de son revêtement muqueux et de sa richesse en vaisseaux lymphatiques. Les recherches de Velpeau (1) sont confirmatives de celles de Ribes; sur 35 autopsies de fistuleux il a trouvé l'orifice interne : dans quatre cas, à un pouce et demi (38 millim.), à deux pouces ou deux pouces et demi (63 millim.) de l'anus, dans un cas à trois pouces (76 millim.), et dans 300 cas à quelques lignes (1 ligne étant de 2 millim.).

Il est bien entendu que ces conclusions ne s'appliquent qu'aux fistules sous-cutanéo-muqueuses. Nous avons vu que dans les fistules ischio-rectales il en est autrement, et qu'alors le trajet débouche dans l'intestin au-dessus des sphincters.

Au point de vue, non plus de la hauteur, mais de la topographie, existe-t-il une relation entre les orifices, cutané et muqueux ?

Goodsall (2) n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Pour lui, l'orifice externe étant situé en avant d'une ligne qui passe transversalement par le centre de l'anus, l'orifice interne serait directement au-dessus; l'orifice cutané siégeant en arrière de cette ligne, l'orifice muqueux occuperait le milieu de la face postérieure du rectum (3).

Le *trajet fistuleux* est plus ou moins long, rarement rectiligne, d'autant moins que l'orifice interne est plus élevé, mais ses irrégularités tiennent surtout aux irrégularités mêmes de la cicatrisation de l'abcès. De là souvent une direction tortueuse, des *étranglements* et des *dilatations;* déjà nous avons mentionné les décollements qui s'étendent sou

(1) VELPEAU. *Dict. en* 60, art. Fistule, p. 319, et *Leç. or. de clin. chirurg,* Paris, 1841, t. II, p. 351.

(2) GOODSALL, d'après WORTHINGTON. *Medic. News,* 1892, t. LX, p. 197, et SWINFORD EDWARDS, *Lancet,* 1887, t. I, p. 1089.

(3) Nos observations personnelles ne confirment pas cette opinion.

la muqueuse, au-dessus de l'ouverture intérieure; d'autres fois le trajet passe à travers le sphincter interne, glisse entre ce sphincter et la couche des fibres longitudinales, puis finit par traverser les fibres externes, avant de s'ouvrir à la peau. Il n'est pas, du reste, toujours facile, même sur un sujet de dissection, de reconnaître tous ces détails anatomiques, l'inflammation ayant pu fusionner ou désorganiser les tissus.

Les *fistules borgnes externes* nous retiendront peu, ce sont des trajets analogues aux précédents, mais auxquels manque l'orifice interne : Gosselin a noté au cours d'une opération l'existence d'un double

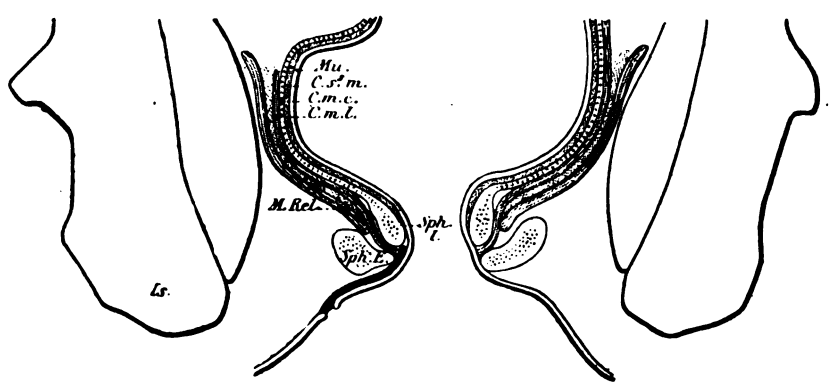


FIG. 61. — Fistule borgne externe.

décollement, l'un sous la muqueuse, l'autre situé en dehors de la couche musculeuse.

Nous avons supposé jusqu'ici, quel que soit le genre de fistule envisagé, que le trajet était simple, unique. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des fistules à l'anus dont la disposition est plus complexe. Bon nombre de fistules à deux orifices possèdent des décollements de la peau en avant et en dehors vers la fesse, ce sont encore des fistules simples. Simple encore est la lésion quand de chaque côté il existe une fistule ordinaire; la fistule mérite le nom de complexe, dès que les orifices se multiplient, dès que s'ajoutent au trajet principal non plus de simples décollements, mais des trajets accessoires, ou bien encore lorsque, sans augmentation du nombre des orifices ni des trajets, la fistule entoure l'intestin

de telle sorte que ses deux extrémités soient d'un côté opposé [illegible] l'anus.

Fistules complexes. — La complexité de quelques fistules consist[illegible]

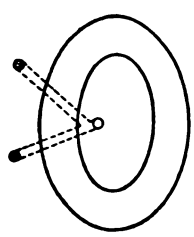


FIG. 62.

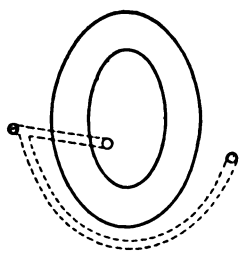


FIG. 63.

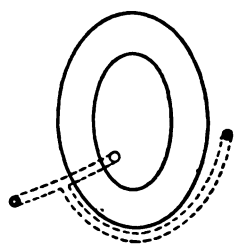


FIG. 64.

seulement en l'existence de deux orifices cutanés pour un orifice muqueu[illegible] les trajets partant de chaque orifice cutané convergent soit au niveau l'orifice intestinal, soit à quelque distance de celui-ci, et présentent forme d'un V ou d'un Y ; ces fistules sous et intra-sphinctérienn[illegible] comme l'abcès qui leur a donné naissance, s'expliquent aisément : une [illegible] tule vulgaire, complète, latéralement située, existait ; à un certain mom[illegible]

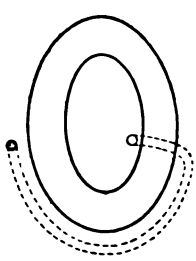


FIG. 65.

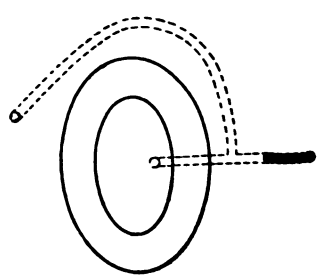


FIG. 66.

le trajet s'enflamme, donne naissance à un abcès sous-cutané qui s'ouvre à la peau. Il en résulte un trajet fistuleux branché sur le premier.

L'abcès secondairement développé autour d'un trajet ancien s'est ouvert dans le cas précédent du même côté que la fistule et près d'elle, il peut arriver qu'il s'ouvre à la peau du côté opposé, après avoir contourné soit la commissure antérieure, soit la commissure postérieure de l'anus : nous

obtenons ainsi un trajet fistuleux en demi-cercle pourvu d'un orifice muqueux unique, c'est l'orifice interne de la fistule primitive, et de deux orifices cutanés situés l'un à gauche, l'autre à droite de l'anus; c'est à ces fistules que les Anglais ont donné le nom de fistules en fer à cheval (horse-shoe fistula).

Parfois un des orifices cutanés manque, l'orifice muqueux débouche au côté opposé, la fistule n'en garde pas moins sa caractéristique. Parfois les deux orifices cutanés existaient, mais l'un s'est oblitéré, la dérivation du pus vers le trajet opposé ayant permis à une portion du premier trajet de se cicatriser (fig. 66).

Obs. XXXII. — *Fistule anale, cicatrisation partielle d'un diverticule à la suite de l'ouverture d'un nouveau trajet du côté opposé au premier.* — Camille M..., âgé de 28 ans, employé de commerce, entré le 22 mars 1893 à l'hôpital Cochin. Pas de tuberculose dans ses antécédents.

En 1892, abcès de la marge de l'anus à *gauche :* la plaie se cicatrise, mais il se produit un écoulement purulent, puis séreux, par un petit orifice sur le *côté droit* de l'anus. Il y a huit jours, abcès au niveau de la cicatrice du premier abcès : incision, écoulement de pus ne renfermant que des staphylocoques. A droite, il existe un petit orifice fistuleux entouré d'une zone violacée et indurée qui est l'origine d'un léger abcès sous-cutané contournant la commissure antérieure. L'ouverture de l'abcès gauche s'oblitère complètement.

Opération le 13 avril. Nous incisons méthodiquement chaque trajet; nous constatons que la fistule droite communique avec le rectum, mais toute une portion de son trajet, la portion externe, est oblitérée. Elle est donc devenue fistule borgne interne. La fistule gauche contourne la commissure antérieure de l'anus et vient se jeter dans la précédente. Incision de la fistule complète jusqu'à l'anus; incision simple de la fistule droite; grattage, réunion, sauf au niveau de la muqueuse rectale. Guérison en vingt jours.

L'abcès de formation secondaire avait eu jusqu'ici pour résultat de multiplier soit les trajets, soit les orifices cutanés. Dans l'exemple suivant, dû à Swinford Edwards (1), il augmente le nombre des orifices muqueux (fig. 67).

« Du côté gauche il existait une fistule complète; un abcès donna naissance à un trajet courant sous la muqueuse parallèlement au sphincter, s'ouvrant d'une part dans l'intestin par deux orifices distincts,

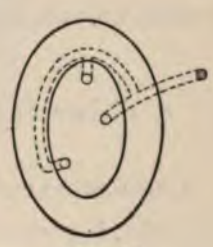


Fig. 67.

(1) Swinford Edwards. On some of the rarer forms of rectal fistulæ. *Brit. med. J.*, 1887, t. II, p. 1163. Nous avons emprunté à cet article une partie de nos schémas.

allant d'autre part s'aboucher dans le trajet de la fistule complète ; dans ce cas il existait donc avec un orifice cutané unique trois orifices muqueux. »

Il ressort de tous ces exemples que la fistule en fer à cheval n'affecte pas un type unique, qu'elle offre plusieurs variétés ; incontestablement la plus commune est celle qui embrasse la commissure postérieure : Les ouvertures cutanées siègent à droite et à gauche, latéralement, assez loin de l'anus ; l'ouverture muqueuse est habituellement proche de la ligne médiane. Ces fistules sont sous-tégumentaires, elles se développent par le mécanisme en deux temps exposé plus haut. Il n'en est pas toujours ainsi ; elles peuvent se constituer d'emblée, succédant à des abcès situés près de la commissure postérieure de l'anus et fusant d'un côté à l'autre. En outre, fait capital pour le traitement, elles méritent dans quelques cas d'être rangées au nombre des fistules ischio-rectales. En voici l'explication. Les dissections nous apprennent que d'un côté à l'autre de la ligne médiane, la communication n'est facile qu'au-dessus du faisceau elliptique, superficiel du sphincter externe. C'est là que le pus fait irruption pour gagner le côté opposé formant une sorte de bissac, à cheval sur la commissure postérieure. La collection s'ouvre alors d'une part dans le rectum à travers *toute l'épaisseur* de ses parois, et d'autre part de chaque côté à la surface de la peau.

Telles sont les formes habituelles des fistules complexes. Nous pourrions ainsi les classer :

1° Fistules complexes *latérales* en V ou en Y, à orifices cutanés situés du même côté ;

2° Fistules commissurales ou en fer à cheval, dans lesquelles un orifice (cutané ou muqueux) est situé du côté opposé à l'autre.

et diviser celles-ci en { sous-sphinctériennes { antérieures. / postérieures. / extra-sphinctériennes.

Certains cas enfin échappent à toute description. Le pourtour de l'anus, la fesse, le périnée, sont sillonnés de trajets dont on peut, avec Allingham, comparer l'ensemble à une garenne de lapins (1).

(1) Rabbit warren, fistules rameuses de quelques auteurs.

Ball cite une observation dans laquelle il a constaté 22 ouvertures externes pour une seule interne.

Obs. XXXIII. — *Fistule anale à diverticules multiples, dont un remontant jusqu'à l'anneau inguinal.* — F. B..., 38 ans, entre le 5 mars 1894 à l'hôpital Bichat, pour des fistules à diverticules multiples.

Opération, le 30 mars 1894, par M. Hartmann. — Excision puis suture d'un trajet fistuleux remontant à travers le périnée, la région latérale droite du scrotum, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. En arrière et à droite de ce trajet se détachait vers la région ischiatique un diverticule qu'on excise et suture de même. Plusieurs petits trajets accessoires situés dans des plans superposés ont été simultanément excisés. De la jonction des deux trajets principaux part un pertuis qui se dirige en dedans vers la ligne médiane antérieure de l'anus où il s'ouvre. Une autre fistule branchée sur ce pertuis se dirige à gauche où elle se divise, au niveau d'un clapier sous-cutané, en deux branches, l'une qui va vers l'ischion gauche, l'autre qui contourne la moitié gauche de l'anus. Tous ces trajets sont excisés et suturés, excepté le trajet sous-muqueux médian antérieur qui est simplement fendu et cautérisé jusqu'au point où il s'ouvre dans le canal anal.

Aucune suture n'a manqué, et le malade sort guéri le 25 avril.

Nous avons eu l'occasion d'opérer une malade atteinte depuis 12 ans

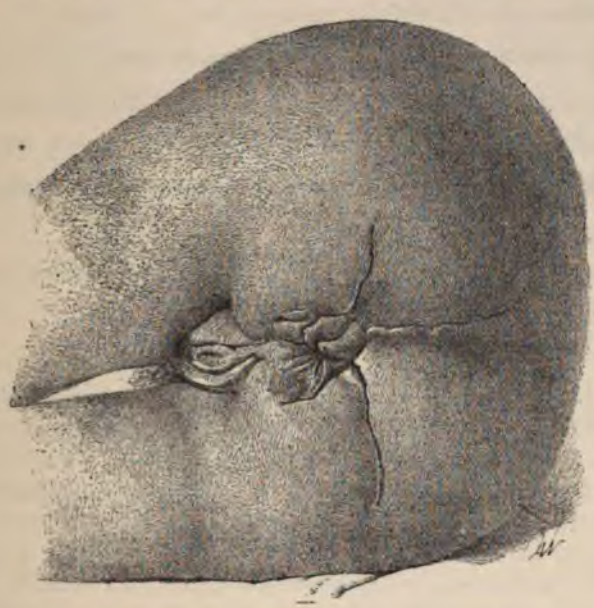


Fig. 68. — Cicatrices de fistules tuberculeuses.

d'une fistule tuberculeuse de l'anus, avec intercurrence d'une série d'abcès. L'exploration ne décelait que trois ouvertures cutanées et deux

orifices muqueux, mais les deux fesses étaient sillonnées de trajets communiquant d'un côté à l'autre, s'étendant à 12 et 15 centim. de l'anus, entrecoupés de trajets secondaires et de véritables poches suppurantes : la figure 68 donne un aperçu de ces cas extrêmes.

Structure des trajets fistuleux. — La structure des fistules n'est autre que celle des trajets suppurants ordinaires. Certains, cependant, empruntent à la nature des abcès qui leur ont donné naissance des caractères anatomiques particuliers ; tel est le cas pour les fistules tuberculeuses.

Quand on dissèque un trajet fistuleux ou quand on l'incise au cours d'une opération, on constate que le tissu qui l'entoure et fait corps avec lui est induré, fibreux, calleux, comme disaient les anciens. Ces callosités sont d'autant plus développées que la fistule déjà ancienne a subi plus fréquemment une série de poussées inflammatoires ; celles qui s'étendent à distance de l'anus, les extra-sphinctériennes, les complexes, sont principalement riches en callosités.

La paroi propre du trajet n'est autre que la paroi de l'abcès revenu sur elle-même, rétrécie, épaissie et fistulisée ; elle est tapissée d'une couche granuleuse dans laquelle Dupuytren et Breschet ont voulu voir l'analogue d'une muqueuse. Sa surface est souvent rouge, inégale, comme villeuse.

Peu d'examens histologiques ayant été publiés, nous croyons utile d'apporter quelques documents personnels (1).

Obs. XXXIV. — *Fistule récente, ouverture spontanée de l'abcès datant de quinze jours, au dire du malade. Hémorrhoïdes développées. Pas de tuberculose.* — Une coupe perpendiculaire au trajet dessine non un cercle, mais une ligne irrégulière et festonnée.

La couche la plus interne est constituée par de gros bourgeons composés de cellules rondes, çà et là granuleuses, et de vaisseaux capillaires ; ceux-ci sont bourrés de globules rouges, aucun n'est thrombosé. A mesure qu'on s'éloigne de la lumière du trajet, des faisceaux conjonctifs s'interposent par places entre les cellules embryonnaires, puis l'infiltration diminue, mais persiste dans toute la préparation, jusque sous l'épiderme, jusqu'autour des fibres musculaires striées. Il est impossible d'assigner une limite nette à la couche granuleuse. On peut représenter la série des coupes relatives à ces pièces, en

(1) Toutes ces pièces ont été enlevées par excision.

disant qu'un foyer d'irritation cellulaire intense a son maximum au centre de la fistule et de là s'irradie en s'atténuant dans les parties molles voisines.

FIG. 69. — Coupe d'une fistule récente. Une infiltration embryonnaire diffuse entoure la fistule; F, fistule; *mst*, muscle strié. (LEITZ, oc. 1, obj. 2.)

FIG. 70. — F, lumière de la fistule; *l*, leucocytes bourrés de staphylocoques. (LEITZ, obj. 12 à immersion.)

Obs. XXXV. — *Fistule très ancienne enlevée par excision dans le service du professeur Richet en* 1879. — Sur cette pièce il est aisé de reconnaître deux zones distinctes : une zone interne bordant le trajet et une zone externe. La première, peu épaisse est composée de travées conjonctives, à contours vagues, masquées par les granulations, et de cellules rondes, la plupart en dégénérescence granuleuse : en somme, tissu analogue à celui qui revêt la surface des ulcères chroniques. Dans ce tissu, pas de vaisseaux ; les rares qui existent paraissent des capillaires agrandis ou de petits vaisseaux à parois purement conjonctives et fibroïdes : assez nettement limitée du côté de la précédente, la couche fibreuse est très dense, peu colorée par le picro-carmin, composée de faisceaux serrés entre lesquels s'allongent quelques cellules plates et quelques rares vaisseaux dont la lumière paraît comme effacée par le retrait même du tissu ; plus en dehors enfin et comme noyés

Fig. 71. — Coupe de fistule ancienne. On voit nettement la disposition de la paroi en deux couches, l'une interne, *cg*, granuleuse, l'autre externe, *cF*, fibreuse. (Leitz, oc. 4, obj. 4.)

dans le tissu fibreux, apparaissent quelques faisceaux primitifs de fibres musculaires striées.

Obs. XXXVI. — *Fistule ancienne excisée* (B...). — Coupes perpendiculaires au trajet. Le bord qui limite celui-ci est non pas circulaire, mais hérissé de mamelons et de saillies correspondant à un bourgeonnement de la paroi fistuleuse. Cette couche est friable, car elle manque par places ; sa limite externe n'est pas non plus régulière, aussi son épaisseur est-elle inégale ; en certains points elle envoie les prolongements dans la couche externe, soit sous forme de simples traînées, soit sous forme de

véritables foyers cellulaires. Les petits vaisseaux y sont très abondants, à direction parallèle au trajet, ils se montrent sous forme de petits cercles disposés concentriquement autour de la fistule et rappelant de loin les canaux de Havers ; leur paroi est purement endothéliale.

La zone externe est fibroïde, traversée par des vaisseaux à lumière effacée et à direction perpendiculaire au trajet. Nulle part de cellule géante.

Dans certains points, le tissu de la couche externe prend l'aspect du tissu muqueux.

Obs. XXXVII. — *Fistule récente.* — Marie H..., 32 ans. Abcès en février 1892. Échauffement de l'abcès en novembre 1892 ; opération le 22 février 1893 par excision et suture. Revue guérie en août 1894.

Tuberculose pulmonaire soupçonnée.

Coupe non circulaire mais anfractueuse du trajet ; aucune ligne de démarcation entre la zone la plus interne et les autres couches. L'infiltration cellulaire s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du centre, mais en pleine zone fibreuse on distingue deux foyers arrondis de cellules embryonnaires sans cellule géante à leur centre. Dans la zone la plus interne il existe quelques rares cellules géantes des plus nettes au milieu d'une infiltration cellulaire diffuse.

Obs. XXXVIII. — *Fistule borgne chez un enfant.* — D. L..., 25 mois. Pièce communiquée par M. Manson. Abcès de la marge, quinze mois auparavant : fistule borgne externe chez un enfant non tuberculeux.

La séparation entre la couche interne et la couche fibreuse est des plus nettes : la coupe du trajet est arrondie presque régulièrement, circulaire ; sur la plupart des préparations la couche granuleuse manque, mais on est bien sûr qu'il s'agit là d'un simple accident de préparation. La couche externe se confond insensiblement avec les tissus voisins ; les faisceaux sont d'autant plus tassés et serrés l'un contre l'autre qu'on se rapproche de la lumière du trajet : peu d'indices d'irritation, très peu de vaisseaux, la plupart sont des capillaires à lumière effacée et coupée longitudinalement. La couche interne dans les points où elle a persisté est assez épaisse, non simplement composée de tissu de granulation, mais plus organisée : on y distingue un stroma assez abondant, pâle, rappelant le tissu muqueux et des cellules conjonctives rondes ou ovalaires bien colorées par le picrocarmin. Vaisseaux peu nombreux coupés circulairement.

Obs. XXXIX. — *Fistule récente ; tubercule.* — J. B..., opéré le 6 février 1893, à Cochin. Abcès deux mois auparavant. Bronchites fréquentes ; pas de signes bien nets de tuberculose pulmonaire à l'auscultation.

La coupe renferme un morceau des téguments, elle a été faite très près de l'orifice cutané de la fistule.

Toute la préparation, y compris le derme, offre les traces d'une vive irritation, encore plus marquée cependant dans la zone la plus interne du trajet, où il n'y a, pour ainsi dire, que des cellules mal colorées et granuleuses. Il n'est précisément pas possible ici d'éta-

blir une structure à plusieurs couches. La surface intérieure de la fistule est en partie tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié; immédiatement au-dessous, infiltration cellulaire parsemée de cellules géantes. Extrêmement peu de vaisseaux perméables. Plus en dehors, on reconnait les débris du tissu préexistant, faisceaux conjonctifs et fibres élastiques dissociées par les cellules dégénérées et réunies çà et là en foyers, au centre

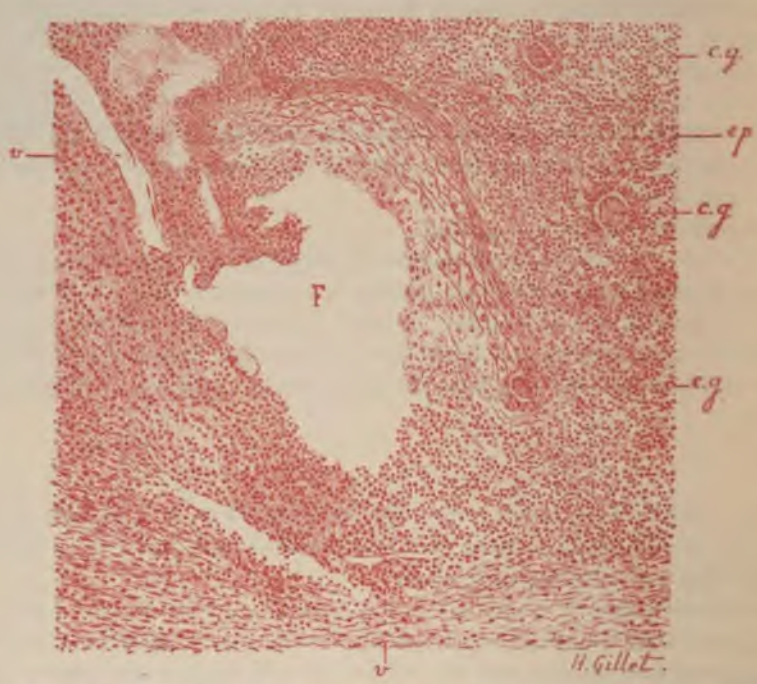


FIG. 72. — Coupe de fistule tuberculeuse épidermisée. *ep*, épithelium ; *v*, vaisseau ; *cg*, cellules géantes. (LEITZ, oc. 3, obj. 4.)

desquels on observe quatre ou cinq cellules géantes : véritables tubercules élémentaires pendant en certains points.

OBS. XL. — *Fistules tuberculeuses multiples datant de* 12 *ans.* — Mme V... (v. obs. XLVII, p. 204), âgée de 49 ans; mère morte poitrinaire. Bronchites fréquentes, pleurésie sèche quatre mois.

Les coupes portent sur de véritables blocs fibreux revêtus de fongosités au niveau du trajet. Cette couche fongueuse est composée d'un stroma conjonctif en dégénérescence et de quelques cellules granuleuses; çà et là quelques infiltrats sanguins. Vaisseaux dilatés en petit nombre et perméables. En certains points le tissu ne consiste qu'en fibres conjonctives peu nettes, parsemée de granulations. Peu à peu le tissu fibreux prédomine et gagne toute la coupe. Sur les confins mal définis des deux zones, deux foyers arrondis de cellules rondes renfermant plusieurs cellules géantes. Ces deux foyers sont comme encapsulés par une zone fibreuse. Dans la gangue fibreuse proprement dite sont inclus

des faisceaux de fibres lisses et des vaisseaux artériels et veineux à plusieurs tuniques.

Les diverses méthodes de coloration employées ne décèlent pas de bacilles dans la

FIG. 73. — Tubercule contenu dans la coupe de la paroi d'une fistule. (LEITZ, oc. 4, obj. 4.)

coupe. La nature tuberculeuse de la lésion ressort suffisamment de l'examen histologique.

OBS. XLI. — *Fistule en Y chez une femme de* 21 *ans.* — Antécédents héréditaires tuberculeux. Antécédents personnels suivants : bronchite fréquente, crachements de sang à plusieurs reprises, submatité à un des sommets, pas de craquements, bon état général. Premier abcès à gauche de l'anus il y a six ans, deuxième abcès à la fin de 1893, resté fistuleux. Opération de la fistule le 16 février 1894.

Coupe perpendiculaire au trajet passant près de l'orifice cutané. Une partie de l'orifice est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié ou d'un épithélium cylindrique stratifié analogue à celui qu'on trouve dans la portion intermédiaire. Immédiatement en dehors de ce revêtement épithélial s'observe une couche purement cellulaire, bien limitée dans une moitié de la circonférence par une zone fibreuse ; dans l'autre demi-circonférence, aucune limite précise.

La couche granuleuse est formée de cellules rondes bien colorées, et de capillaires coupés circulairement ; les cellules rondes semblent occuper les mailles d'un réticulum, délicat analogue à celui du tissu lymphatique. Dans la zone fibreuse, signes d'irritation, vaisseaux remplis de globules rouges, aucune trace de thrombose ni de cellule grande, ni de dégénérescence quelconque. Cependant dans une des coupes où la lumière de la fistule est très réduite, où par conséquent toute l'épaisseur de la couche granuleuse a été res-

pectée par la préparation, quelques groupes cellulaires forment des îlots granuleux, tout contre le bord de l'orifice. Rien toutefois qui autorise à admettre l'existence de tubercules.

Obs. XLII. — *Fistule récente.* — V. E..., 57 ans ; signes de tuberculose pulmonaire, abcès de la marge en août 1892. Opération de la fistule le 24 novembre 1892 (excision du trajet au thermocautère et réunion par première intention). Couche vasculo-granuleuse très épaisse, non limitée en dehors ; foyers d'inflammation à distance ou en continuité avec la zone précédente. Ces foyers s'observent principalement autour des vaisseaux ; on les retrouve autour des faisceaux musculaires. Pas d'îlots arrondis, ni de dégénérescence caséeuse, pas de cellules géantes.

Obs. XLIII. — *Fistule tuberculeuse, ou mieux abcès tuberculeux.* — Ouverture spontanée le 16 février 1894. Tuberculose pulmonaire, excision le 28 février 1894.

La cavité apparaît sous forme d'une fente irrégulière, bordée par de gros bourgeons ; tout le tissu de la coupe n'est qu'une infiltration diffuse de cellules embryonnaires, parsemée de cellules géantes : celles-ci sont plus rares dans les bourgeons qui sont très vasculaires, tandis que le reste de la préparation est plutôt pauvre en vaisseaux.

Ces 10 observations peuvent ainsi se grouper :

1° Pièces recueillies chez des sujets non tuberculeux.

2° Pièces recueillies chez des sujets tuberculeux.

1° Fistules de *sujets non tuberculeux* (au nombre de quatre). Nous devons établir une subdivision : Les unes ont été excisées longtemps après l'ouverture de l'abcès, les autres à une époque peu éloignée (1). Dans celles-ci, la structure du trajet fistuleux se rapproche, ainsi qu'on devait s'y attendre, de celle d'une paroi d'abcès, elle consiste en un tissu d'inflammation vasculo-cellulaire, formant toute la couche limitante, puis, s'irradiant irrégulièrement à distance autour des vaisseaux, des fibres musculaires, et jusque dans l'épaisseur du derme, du tissu fibreux apparaît bien en dehors du tissu de granulations, mais les deux couches ne présentent aucune ligne de démarcation bien nette.

A mesure que le trajet vieillit, la *division en deux couches* s'accentue et se précise : confondue à sa périphérie avec les tissus voisins, la couche fibreuse accuse sa limite interne, elle se montre sous forme de faisceaux concentriques, serrés les uns contre les autres, englobant de

(1) Rentrent dans ces dernières les fistules qui ont subi récemment une sorte de réchauffement et qui se sont abcédées de nouveau.

rares vaisseaux ou quelques fibres musculaires, affectant parfois, en quelques points, les apparences du tissu muqueux. La couche interne est d'épaisseur inégale, friable, généralement très vasculaire ; ses éléments sont des cellules rondes, un stroma et des capillaires sur les très vieilles fistules. Le stroma est fibroïde, vaguement accusé, granuleux, les éléments cellulaires sont en dégénérescence granuleuse, les capillaires peu nombreux : ce tissu rappelle exactement celui des ulcères chroniques. Ordinairement le stroma est peu distinct, les cellules arrondies, tassées les unes contre les autres, bien colorées : les capillaires abondants, circulaires la plupart sur les coupes perpendiculaires au trajet. Cette couche offre en somme la structure des bourgeons charnus. Si la section porte au voisinage de l'orifice cutané, la fistule peut se montrer revêtue d'un épithélium pavimenteux rappelant celui de la muqueuse anale, mais il s'agit plus souvent d'une invagination de la peau dans le trajet que d'une formation cicatricielle d'épiderme à la surface de ce dernier (1).

2° Fistules de *sujets tuberculeux*. Nos pièces sont au nombre de six : or, pour deux d'entre elles (obs. LI et XLII), l'analyse histologique ne décèle rien qui puisse faire admettre la nature tuberculeuse de la lésion, et la distinguer de celles que nous avons décrites plus haut.

Sur les quatre autres au contraire (2), la lésion locale revêt nettement les caractères des lésions tuberculeuses : tantôt il s'agit d'infiltrations cellulaires diffuses parsemées de cellules géantes et pauvres en vaisseaux perméables, tantôt les cellules embryonnaires s'agglomèrent en foyers arrondis autour d'un centre atteint de dégénérescence vitreuse et bordé de cellules épithélioïdes. La tuberculose, en d'autres termes, est diffuse ou nodulaire : sur de vieilles fistules (obs. XL) les tubercules s'entourent çà et là d'une zone conjonctive qui marque leur évolution fibroïde.

(1) Pozzi a présenté à la Société anatomique en 1879, une pièce de fistule dans laquelle quatre trajets partant de quatre orifices cutanés se réunissaient en un trajet unique et très large, mesurant un centimètre et demi de circonférence et s'ouvrant à 2 centim. de l'anus : ce trajet était recouvert d'une *muqueuse* avec *ses papilles* et son épithélium pavimenteux stratifié ! Il est bien évident que cet infundibulum n'était autre chose qu'un des enfoncements inter-colonnaires.

(2) Dont l'une (obs. XXXIX) appartenait à un sujet n'ayant que peu ou pas de lésions pulmonaires.

Nous ne nous sommes pas bornés à analyser histologiquement la structure des fistules anales, nous avons voulu savoir si leur paroi ne demeurait pas le réceptacle de micro-organismes pathogènes.

Des coupes ont été faites par M. Lesage (1) et traitées par les diverses méthodes en usage : les examens sont restés négatifs dans les observations XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX (2), XL (3) et XLI.

Seules, les observations XXXIV et XLIII nous ont donné un résultat positif. Dans la première (4) on aperçoit nettement sur les coupes traitées par la méthode de Weigert (obj. 12 à immersion de Leitz) de nombreux staphylocoques inclus dans l'intérieur des cellules rondes; des groupes cellulaires en sont remplis, d'autres en sont dépourvus, mais nulle part on ne voit d'amas staphylococciens en dehors du protoplasma cellulaire.

Dans l'observation XLIII quelques préparations, sur plus de cent qui ont été faites, ont montré l'existence des bacilles caractéristiques de la tuberculose. Il est à noter que ces deux observations ont trait non à un trajet fistuleux véritable, mais à une paroi d'abcès: l'ouverture du foyer ne remontait, en effet, dans l'une, qu'à quinze jours, et dans l'autre qu'à douze jours.

Il semble donc que, rapidement après l'ouverture de ces abcès, et quelle qu'en soit la nature, les micro-organismes disparaissent ou tout au moins se raréfient extrêmement. Le mécanisme de cette disparition ressort bien manifestement de notre observation XXXIV. Les cellules normales des tissus, irritées par les microbes, prolifèrent et deviennent phagocytes, elles les absorbent et les enferment dans leur protoplasma, puis elles meurent à leur tour, ou tout au moins se montrent dégénérées, granuleuses, prenant mal les matières colorantes. Le trajet devient stérile comme les poches des vieilles suppurations (5).

Nos observations sont en trop petit nombre pour que nous puissions

(1) Au laboratoire de bactériologie de Clamart

(2) La pièce a été débitée en plus de 100 coupes.

(3) Au laboratoire de M. Cornil.

(4) Voy. fig. 70, p. 169.

(5) Des inoculations aux cobayes faites par nous avec le raclage des trajets tuberculeux sont restées sans résultat.

en inférer que la stérilité des vieux trajets fistuleux est un fait habituel, surtout si l'on envisage les fistules tuberculeuses.

En effet, les bacilles caractéristiques ont été observés dans les parois des fistules chroniques. Ainsi dans un cas de Schuchardt, le trajet renfermait des granulations typiques dans lesquelles le microscope découvrit des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des bacilles (1). Les bacilles siégeaient tantôt dans les cellules géantes, tantôt dans le tissu de granulations. Enfin des inoculations ont été pratiquées par Volkmann (2), par Gangolphe et Francou (3), avec le produit du grattage des trajets ou avec le pus s'en écoulant : les cobayes moururent avec les lésions d'une tuberculose généralisée.

La nature tuberculeuse d'un certain nombre de trajets fistuleux est ainsi mise à l'abri de toute contestation.

Nous serons brefs sur l'*évolution des fistules* : livrées à elles-mêmes, les fistules anales n'ont que très peu de tendance à guérir spontanément. Il en est cependant des exemples, même pour les fistules complètes (4). Nous reviendrons plus tard sur ce point, nous devons seulement insister, à cette place, sur les modifications que subissent les trajets et les tissus qui les entourent.

Les trajets sont soumis à des inoculations incessantes par les matières intestinales. Il est rare que de temps en temps il ne survienne pas de poussées inflammatoires. C'est ainsi que se forment de nouveaux abcès, de nouveaux trajets, de nouvelles ouvertures, c'est ainsi que se développent les fistules complexes. Par contre, quelques portions de trajets se ferment et disparaissent, ne laissant comme trace qu'une cordelette fibreuse.

(1) SCHUCHARDT (K.). Ueber die tuberkulöse Mastdarmfistel. *Samml. klin. Vorträge*, n° 200.

(2) Volkmann a le premier montré la nature tuberculeuse de ces fistules par des inoculations dans la chambre antérieure de l'œil de lapins. Le développement d'un lupus autour de l'orifice d'une fistule confirme encore la nature tuberculeuse de la fistule. A l'observation antérieurement publiée par un élève de Volkmann, Schuchardt, nous avons ajouté un nouveau fait communiqué par M. Besnier (voir OBS. XV, p. 103).

(3) FRANCOU. *De la fistule anale*. Th. Lyon, 1883-1884, n° 199.

(4) Nous avons observé un homme d'une cinquantaine d'années ayant eu une fistule depuis plus de vingt ans ; pendant seize ans le trajet suppura et donna plus de quinze fois naissance à de véritables abcès, puis tout finit par se cicatriser complètement en laissant une sorte d'induration cicatricielle qui faisait saillie dans l'anus sous forme de bride.

Les tissus périfistuleux ne restent pas indemnes : englobés dans le tissu des granulations, ils ne sauraient garder leur structure intacte; l'état du tissu musculaire serait particulièrement intéressant à vérifier.

Enfin nous n'avons pas besoin d'insister sur les lésions à distance que la suppuration chronique d'un trajet péri-anal est susceptible de déterminer soit du côté de la muqueuse ano-rectale, soit du côté des vaisseaux veineux et du système lymphatique.

Dans un très petit nombre de cas, des gommes péri-anales de nature syphilitique ont donné lieu à des fistules. Verneuil (1) en a publié quatre observations ; cette question a été déjà traitée précédemment (2).

Nous rangerons encore au nombre des exceptionnelles, sinon des problématiques, les fistules succédant à l'inflammation ulcéreuse des diverticules de la muqueuse rectale. On sait que Cruveilhier (3) a décrit dans l'S iliaque et dans le rectum, de petites hernies de la muqueuse à travers un éraillement des fibres musculaires de l'intestin ; il a principalement observé ces « hernies tuniquaires » chez les vieillards ; elles se remplissent de petites concrétions stercorales qui leur communiquent une couleur noirâtre ; sont-elles susceptibles, ainsi qu'on l'a dit (4), de devenir le point de départ de petites fistules borgnes internes ? Nous n'en avons aucune preuve.

A part ces cas très rares (5), la fistule est la suite ordinaire d'une suppuration péri-anale ; la poche ouverte se rétrécit, sec analise et devient fistule. L'étiologie des fistules à l'anus se ramène donc à celle des abcès. Nous ne voudrions pas redire ici ce que nous avons écrit à ce moment (6) ; nous croyons utile cependant de rappeler et de classer toutes ces causes.

Étiologie et pathogénie. — Toute fistule à l'anus succède, dans la grande majorité des cas, sinon toujours, à un abcès péri-anal. On conçoit qu'une plaie pénétrante du rectum puisse être le point de départ d'un trajet

(1) VERNEUIL. Gommes syphilitiques de la marge de l'anus. *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1886, p. 202.
(2) V. p. 81.
(3) CRUVEILHIER. *Anat. pathol. générale*, Paris, 1849, t. I, p. 594.
(4) FRANCOU. *De la fistule anale*. Th. de Lyon, 1883-1884, n° 199.
(5) Et ceux où une fistule résulte de la cicatrisation défectueuse d'une plaie anale.
(6) Voir *l'étiologie et la pathogénie des abcès*, p. 127.

persistant; toutefois cette terminaison n'est pas fatalement observée (1); de plus, un abcès est ordinairement l'intermédiaire obligé entre le traumatisme et la fistule anale.

Quelques chirurgiens (2) ont fait jouer un rôle important à l'ulcération tuberculeuse de l'intestin dans la formation des fistules. Cette pathogénie est exceptionnelle (3). Les ulcérations anales chez les fistuleux tuberculeux sont peut-être même plus souvent le résultat de l'abcès que son origine.

Est-il besoin d'insister sur la grande fréquence des fistules à l'anus? Les statistiques de Saint-Mark's hospital fournies par Allingham, sont à ce point de vue éloquentes : sur 4,000 cas d'affections ano-rectales, cet auteur a noté 1,057 cas de fistules et 196 abcès, soit 196 autres fistules en perspective. Bien plus, Allingham évalue non pas au quart, comme dans les chiffres précédents, mais aux deux tiers la proportion des fistuleux qu'il a eus sous les yeux. En tenant compte d'une cause d'erreur signalée par Ball, à savoir la réputation de Saint-Mark's hospital pour le traitement des fistules et en acceptant le chiffre de un sixième proposé par ce dernier, on voit que les fistules occupent encore une place prépondérante dans la pathologie rectale (4).

Les fistules se rencontrent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Ce fait ressort des statistiques de Bryant (5) et de Greffrath (6) :

(1) Nous empruntons aux *Annals of Surgery*, Philad., 1892, t. XVI, p. 90, le résumé suivant d'une observation russe de Valk (*Meditzinskoïe Obozreniе*, 1892).

Une jeune fille de 14 ans, descendant d'un noyer, se heurta le périnée contre une branche de bois mort. Hémorrhagie immédiate très abondante. Le lendemain, des gaz et des matières s'échappèrent par la plaie. On constata au-devant de l'anus, le long du raphé, et le dépassant à droite, une plaie béante allant s'ouvrir sur la face antérieure du rectum, en respectant le sphincter. Le vingtième jour, cette plaie était entièrement guérie sans aucune intervention et sans fistule.

(2) Par exemple KŒNIG. *Traité de path. clin. spéc.*, trad. franç., Paris, 1889, t. II, p. 519, et Robert bien avant lui.

(3) Sur 41 cas d'abcès ou fistules chez des tuberculeux, deux fois seulement une ulcération du rectum a été observée (HARTMANN, *Rev. de chir.*, janvier 1894). Voir pour la pathogénie de ces abcès, p. 127.

(4) Les fistules à l'anus s'observent chez les chevaux et les chiens, plus rarement chez les autres animaux. HURTEL D'ARBOVAL et ZUNDEL. *Dict. de méd et de chir. vétér.*, 3e édit., Paris, 1874-1877.

(5) BRYANT. On anal abcess and fistula in ano. *Guy's hospital reports*, London, 1861, 3e série, t. VIII, p. 87.

(6) *Loc. cit.*

Bryant compte, sur 236 cas, 162 hommes et 74 femmes ; Greffrath une seule femme, sur 61 cas ; enfin l'un de nous, sur 86 cas, 75 hommes, 9 femmes et 2 enfants.

C'est à l'âge moyen de la vie que la fréquence est la plus grande ; cela ressort bien de la statistique suivante, faite à l'hôpital Bichat (1) :

de	1	an	à 10	ans	2 cas.
	11	—	20	—	11 —
	21	—	30	—	19 —
	31	—	40	—	26 —
	41	—	50	—	18 —
	51	—	60	—	8 —
	61	—	70	—	2 —

Ainsi la fistule est rare chez l'enfant avant l'âge de 11 ans. Ces conclusions ne sont nullement infirmées par le petit nombre d'observations recueillies dans le service de Lannelongue par Duran-Borda (2) et Vigne (3).

L'influence des états constitutionnels est considérable : en première ligne vient la tuberculose. La fistule anale est bien loin d'être une complication rare de la phtisie comme le pensaient Louis (4) et Andral (5). H. Cripps d'après ses notes estime de 10 à 15 p. 100 les fistules compliquées de tuberculose pulmonaire. Bodenhamer sur 960 fistules trouve 73 phtisiques (6).

Sur 48 fistules opérées, l'un de nous (7) a constaté 23 fois des signes

(1) Ces chiffres concordent avec ceux donnés par GREFFRATH *(loc. cit.)*, qui trouve 2 cas de 6 mois à 10 ans, 6 de 11 à 20 ans, 17 de 21 à 30, 18 de 31 à 40, 8 de 41 à 50, 6 de 51 à 60, 4 de 61 à 70.

(2) DURAN-BORDA. *De la fistule anale chez l'enfant*. Th. de Paris, 1882, n° 233.

(3) VIGNE (E.). *Des fistules anales chez l'enfant*. Th. de Paris, 1889, n° 3. Vigne n'a pu recueillir que 9 observations de fistules chez des enfants de 9 mois à 15 ans et 6 seulement avant l'âge de 11 ans.

(4) LOUIS (P.-C.-A.). *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phtisie*. 2e éd., Paris, 1843, p. 106.

(5) ANDRAL. *Cliniques*, 4e éd., t. IV, p. 308.

(6) BODENHAMER (W.). The coexistence, or the complication, of anal fistula with phthisis pulmonar. *Medic. Record*, N.-Y., t. II, p. 337.

(7) HARTMANN. *Revue de chirurgie*, Paris, 1894, p. 4.

de tuberculose, soit près de 50 p. 100. Greffrath relève sur ses 61 fistuleux, 10 malades à poumons tuberculeux, soit 16 p. 100 environ. Allingham a 234 phtisiques sur 1,632 fistuleux, soit 14 p. 100.

On peut procéder autrement et rechercher combien il existe de fistuleux pour 100 malades atteints de tuberculose. Les registres de Brompton Hospital accusent 4 fistules pour 100 tuberculeux, Taylor 1 p. 100 (1), Douglas Powell (2) un peu moins de 5 p. 100, l'un de nous (3) 4,91 p. 100. Ces chiffres se passent évidemment de commentaires. Parmi les autres états constitutionnels, nous citerons le diabète (4) et la syphilis. L'influence du diabète n'est établie que sur une seule statistique, elle est à confirmer ; celle de la syphilis est moins exceptionnelle, mais elle est indirecte, la syphilis ne créant l'abcès et la fistule ultérieure que par l'intermédiaire d'une première lésion, la rectite syphilitique (5). Au nombre des causes générales prennent encore place les fièvres éruptives (6), la fièvre typhoïde, etc.

Parmi les *causes locales* nous nous bornerons à énumérer toutes celles qui précisément sont à même d'occasionner la production d'un abcès : les traumatismes avec ou sans plaie, les hémorrhoïdes, les érosions et ulcérations de l'anus, de quelque nature qu'elles soient, les corps étrangers, les rectites et les rétrécissements du rectum (7).

Pourquoi les abcès péri-anaux se terminent-ils par une fistule ? L'explication est facile pour les cas répondant à une tuberculose locale, les trajets se comportent à l'anus comme tout trajet tapissé de fongosités spécifiques.

(1) TAYLOR. *Medical Society of London*, 3 mars 1890, d'après *Lancet*, 1890, t. I, p. 547.

(2) DOUGLAS POWELL. *Diseases of the lung and pleuræ*, London, 1886.

(3) D'après un examen de 626 phtisiques (HARTMANN, *loc. cit.*).

(4) 2 cas sur 61 dans la statistique de Greffrath qui paraît avoir le premier signalé cette étiologie. Nous avons vu (p. 138) que Gerster a plusieurs fois constaté la glycosurie chez les malades porteurs d'abcès de la fosse ischio-rectale.

(5) Sauf les cas exceptionnels de gommes péri-anales cités plus haut.

(6) Une observation de rougeole dans la thèse de DURAN-BORDA. Cette complication est rare dans la variole. Le docteur A. Siredey n'en a pas observé un seul cas à Aubervilliers dans un service spécial de varioleux pendant l'année qu'il y a passée (communication orale).

(7) Nous signalerons en particulier, à côté des fistules accompagnant un rétrécissement inflammatoire du rectum, celles plus rares, signalées par le professeur TILLAUX (*Anatomie topographique*, 1re éd., 1879, p. 1012), qui tiennent à une hypertrophie de la valvule de Houston. Plus récemment M. Vieusse en a présenté deux cas à la Société de chirurgie. (Voir le rapport de CHAUVEL, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1882, p. 28.)

La pathogénie des fistules non tuberculeuses est moins simple : on a invoqué tour à tour l'existence de callosités (1), le vide créé par la suppuration de la fosse ischio-rectale et la difficulté pour les parois de cette cavité de se rapprocher, le défaut de fixité du rectum, le passage des gaz et des matières intestinales dans les fistules complexes, l'osmose des gaz dans les borgnes externes, la tendance à la stase dans les veines (2), l'influence d'un mauvais état général, le revêtement épithélial des orifices, etc.

Posons en principe que toute plaie canaliculée infectée est plus lente à guérir qu'une plaie d'équivalente surface mais plate. C'est là un fait général que nous vérifions tous les jours à l'occasion du drainage. Les trajets suppurants guérissent cependant, quelque longs qu'ils soient, mais à une condition, c'est qu'il n'y ait pas dans le fond un corps étranger, sinon la suppuration persiste indéfinitivement; à peine une parcelle d'os, un débris de tissu fibreux nécrosé, un fil de soie sont-ils éliminés, que la tendance à l'oblitération s'accuse : les tissus si patients pour les corps étrangers aseptiques ne manifestent donc aucune tolérance pour les infectés. L'enkystement se fait bien, çà et là, mais d'une façon plutôt exceptionnelle. La fistulisation des abcès ouverts dans l'intestin s'explique donc aisément, le contenu septique de l'intestin jouant continuellement le rôle d'un corps étranger infecté et situé au fond du trajet. Mais les fistules borgnes externes, les sous-tégumentaires en particulier ? Ici pas de difficulté de rapprochement des parois, pas d'influence générale à invoquer au moins chez quelques malades, pas de passage de gaz ou de matières. La non cicatrisation dépend encore, selon nous, de l'inoculation incessante des parois du trajet. Pour que les parois d'un trajet s'accolent, deux conditions sont nécessaires : 1° la production d'un tissu réparateur, le tissu conjonctif à l'état jeune, sous forme de cellules embryonnaires ; 2° l'organisation de ce tissu et son évolution complète.

Dans un trajet qui suppure, la réparation est proportionnelle à la différence entre la production des cellules rondes et la destruction ou l'arrêt

(1) A. PARÉ. *Œuvres*, 10e édition, Lion, 1641.
(2) ALLINGHAM. *Loc. cit.*

de développement de ces mêmes cellules par un agent microbien : l'état général intervient sur la production, l'état local sur l'utilisation des matériaux. Le degré de septicité d'un trajet reste donc le facteur prédominant.

Pourquoi le degré d'asepsie suffisant à la réparation n'est-il pas obtenu dans les fistules borgnes externes ?

La muqueuse rectale est peut-être une barrière insuffisante contre les micro-organismes de l'intestin, lorsqu'elle est en contact perpétuel par sa face externe avec un décollement qui suppure. Mais il faut surtout attribuer de l'importance à la direction coudée, aux irrégularités de calibre du trajet, à ses décollements. L'abcès en se resserrant ne se canalise pas d'une façon uniforme, il laisse de petites cavités échelonnées qui vident incomplètement leur contenu. Ce sont, qu'on nous passe l'expression, des réservoirs à virulence. La preuve que là est bien la cause principale de la fistulisation, c'est que si, à l'exemple de Tuttle (1), on prend la peine de régulariser la fistule, de la rectifier puis de l'aseptiser en en grattant la surface, on peut dans bon nombre de cas en obtenir la fermeture. La guérison de ces fistules spontanément ou par de simples pansements, est du reste un fait indéniable (2).

Il est bien entendu que nous invoquons ces résultats en faveur de notre thèse pathogénique, sans préjuger en quoi que ce soit du traitement.

Symptômes. — Les symptômes de la fistule à l'anus ont été précédés par ceux de l'abcès. Peu après l'ouverture de celui-ci la suppuration diminue, change de caractères : le pus devient plus séreux, les signes d'inflammation locale disparaissent ou s'atténuent, la fistule est constituée.

En dehors de tout réchauffement inflammatoire, la fistule détermine peu de troubles. Des malades gardent pendant des années des *trajets borgnes externes* sans en éprouver de grands inconvénients; le mal devient pour eux une sorte d'infirmité dont ils acceptent la nécessité et

(1) TUTTLE (J.-P.). The treatment of ano-rectal fistula. *New-York Med. Journ.*, 1893, t. LVIII, p. 1.

(2) J.-L. PETIT, POTT, RIBES, VELPEAU, ALLINGHAM, etc., en ont rapporté des exemples.

les obligations : quelques démangeaisons autour de l'orifice, un peu d'intertrigo, l'ennui de se garnir, de faire des toilettes fréquentes, de renoncer à certains exercices tels que l'équitation, de déboucher l'ouverture quand elle se rétrécit par trop.

La situation est un peu différente avec les *fistules complètes :* la suppuration entretenue par l'inoculation incessante du contenu intestinal est généralement plus importante, elle tache la chemise et irrite les téguments d'alentour, les malades éprouvent des sensations de pénitude au fondement, quelquefois du ténesme ; l'échappement involontaire des gaz, l'impossibilité d'être toujours propre, l'odeur qu'ils répandent, toutes ces misères affectent les porteurs de fistules et tout particulièrement les irritables, les nerveux chez lesquels il peut survenir des symptômes de dépression morale allant jusqu'à l'hypochondrie.

Les phénomènes douloureux dans toute fistule bien établie sont peu accusés et la plupart du temps manquent complètement.

Nous avons dit qu'il s'agissait de fistules indemnes de toute poussée inflammatoire (et elles ne sont pas très rares). Quand ces poussées surviennent le tableau change : la région périfistuleuse s'empâte, devient dure, très sensible à la pression, dans la station assise ou pendant la défécation, puis la suppuration reparaît plus abondante et tout rentre peu à peu dans l'ordre. La raison de ces petites poussées inflammatoires n'est souvent que dans un léger obstacle à l'écoulement des liquides sécrétés dans la fistule, obstacle dû à la cicatrisation prématurée de l'orifice extérieur, à un étranglement cicatriciel du trajet avec poche en amont, à un corps étranger, à un bourgeonnement exagéré de la paroi fistuleuse. Ailleurs on peut invoquer l'inoculation de la surface du trajet par un liquide virulent pendant une période de diarrhée par exemple, ou accuser l'absence de soins, la malpropreté, le grattage, etc. Quoi qu'il en soit de l'étiologie, ces réchauffements de la fistule n'ont pas pour seul inconvénient de réveiller tout l'ancien cortège symptomatique de l'abcès, ils aboutissent assez fréquemment à la formation de nouvelles poches entées sur la fistule primitive s'ouvrant à la surface de la peau, multipliant ainsi les trajets et les orifices extérieurs. C'est par ce mécanisme que les fistules les plus simples se transforment en fistules complexes.

La symptomatologie des *fistules borgnes internes* est assez obscure. Le malade éprouve au fondement une sensation de plénitude douloureuse et du ténesme, il raconte que ses selles sont parfois recouvertes d'un peu de sang, et surtout de pus ; le plus souvent il attribue tous ces désordres à des hémorrhoïdes. De temps en temps les souffrances deviennent plus vives, et ces exacerbations sont suivies d'un écoulement de pus plus abondant. On retrouve bien nettement cette intermittence des symptômes dans l'observation suivante :

Obs. XLIV. — *Fistule ischio-rectale borgne interne.* — 44 ans, cocher. Salle Cochin, n° 3. Avril 1894. Aucun antécédent tuberculeux, ni personnel, ni héréditaire jusqu'à l'âge de 25 ans. La santé de G... est très bonne, pas de syphilis, pas de dysenterie. A cette époque il devient constipé, ressent comme une brûlure à l'anus ; les selles sont souvent glaireuses, sanguinolentes. Pendant quatre ou cinq ans, ces mêmes troubles se reproduisent, il finit par entrer à l'hôpital Saint-Louis, où on lui découvre une fistule borgne interne qui est opérée.

Peu de temps après, les mêmes phénomènes reparaissent (brûlure, ténesme, selles glaireuses et sanguinolentes). Avec des rémissions complètes de un à deux mois ils n'ont cessé en somme d'exister depuis près de vingt ans ; les excès vénériens et alcooliques les exagèrent. Il y a trois semaines le malade a été pris de diarrhée, quatre ou cinq selles par jour avec ténesme, cuissons, efforts infructueux, émission de glaires sanglantes semblables à de la tomate, parfois du sang pur ; ce sont ces troubles qui l'amènent à l'hôpital.

L'état général est bon, aucun signe morbide à l'auscultation.

Examen de l'anus. — Cicatrice à la partie antérieure de la marge, répondant à l'opération faite il y a quinze ans. Au niveau du bord supérieur du sphincter, on trouve une induration cicatricielle, dure, mamelonnée, bornée à la demi-circonférence antérieure ; au-dessous, à un centimètre environ de l'orifice anal, il existe sur la paroi antérieure du rectum une ulcération profonde de laquelle part un long trajet de 8 centim., oblique de bas en haut et de dedans en dehors, laissant entre le stylet et le doigt intra-rectal toute l'épaisseur des tuniques intestinales.

Le sphincter est relâché. Il n'existait à proprement parler aucun rétrécissement, toutes ces explorations ont été minutieusement faites pendant l'anesthésie chloroformique nécessitée par la sensibilité vive de la région.

Voici donc un exemple de fistule borgne interne ischio-rectale sinon pelvi-rectale supérieure ; nous l'avons relatée en raison même de sa rareté. Nous rappelons que le siège sous-muqueux est la règle.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une fistule anale doit porter sur plusieurs points : Il faut reconnaitre la fistule, en déterminer la variété anatomique, et rechercher quel en a été le point de départ.

Reconnaître une fistule paraît chose élémentaire : il est certain qu'en général, il suffit, le sujet étant couché sur le côté ou dans la position de la taille, d'inspecter le pourtour de l'anus pour apercevoir l'orifice extérieur que décèlent un petit tubercule, un bourgeon charnu, ou bien une dépression légère, un changement de coloration de la peau.

Parfois cependant cet orifice nous échappe, parce que, trop près de l'anus,

FIG. 74. — Fistule à l'anus (orifice externe).

il se dissimule entre les plis rayonnés, ou qu'anormalement il occupe une région par trop distante, telle que la fesse, la cuisse, le pli de l'aine, etc.

L'ouverture peut aussi, étant de niveau avec les téguments, avoir ses lèvres temporairement accolées : une attention très minutieuse est donc nécessaire avant qu'on soit autorisé à dire qu'il n'existe pas de fistule : chez quelques malades, en promenant le doigt doucement sur la marge, on trouvera une légère induration ; chez d'autres, l'introduction du doigt dans l'anus et la pression de dedans en dehors suffisent à faire sourdre

une goutte de liquide à l'orifice cutané jusque-là vainement cherché.

C'est maintenant au stylet de continuer l'exploration : dirigez-le avec une grande légèreté de main vers l'anus, vous souvenant du siège habituellement bas de l'orifice interne ; l'index gauche introduit dans le rectum marche à sa rencontre, le guide, le sent à travers la faible épaisseur de la muqueuse, se rend compte du décollement de celle-ci, et le stylet ramené complète le renseignement sur le siège et la disposition de l'ouverture intérieure. Avant d'être retiré, le stylet a été dirigé en différents sens à la recherche d'un décollement sous-cutané possible.

Ces investigations nous confirment dans l'idée d'une fistule anale et nous apprennent qu'elle est complète ou borgne externe. Cependant, on a raison de dire, dans tous les classiques, que la recherche infructueuse de l'orifice interne n'autorise pas à nier son existence. Si on voulait compléter ces renseignements, il faudrait, au moyen d'une valve, inspecter minutieusement la surface du canal anal et faire une injection de liquide coloré par l'orifice cutané, ou exercer une pression avec le doigt pour faire sourdre en un point une goutte de pus : un résultat négatif serait une forte présomption en faveur d'une fistule borgne.

Le diagnostic des fistules borgnes internes est beaucoup plus délicat ; il repose surtout sur le fait bien constaté d'une émission intermittente de pus par l'anus. Un malade s'aperçoit que sa chemise est tachée, ou bien que ses matières sont recouvertes d'un peu de pus ; les commémoratifs indiquent qu'à une certaine époque il a existé des souffrances rectales, que de temps en temps encore il survient quelques épreintes, et que la défécation est douloureuse. On inspecte l'orifice, on ne découvre aucune fissure ; on pratique le toucher rectal, on sent une légère induration, une dépression en cul de poule, un petit mamelon, une assez large ulcération, ou simplement on détermine une douleur locale en un point toujours le même. L'orifice découvert dans l'intérieur du canal anal est généralement l'ouverture d'un trajet sous-muqueux terminé d'autre part en cul-de-sac : dans quelques cas exceptionnels (nous n'en avons qu'une seule observation personnelle) (1), le trajet sous-muqueux intra-

(1) Il s'agissait d'un homme de 50 ans environ, non tuberculeux, chez lequel un abcès de l'anus s'ouvrit spontanément en dedans. Aucune opération ne fut pratiquée. Le malade vint

anal aboutit à un orifice situé au-dessus, la fistule en un mot est intra-anale, sous-muqueuse et complète, on pourrait la dénommer *fistule anale bi-muqueuse*. C'est alors à l'inspection directe avec le spéculum de confirmer le diagnostic, de mettre en évidence un orifice intérieur par lequel un stylet droit ou recourbé en crochet peut être introduit et renseigner sur la direction et l'étendue du trajet (1).

Le type de fistule envisagé par nous a été la fistule sous-cutanéo-muqueuse. La fistule ischio-rectale s'en distingue par ce fait qu'entre le doigt intra-anal et le stylet il existe toute l'épaisseur des parois rectales, y compris le sphincter externe.

L'exploration des fistules complexes n'est pas sans offrir quelques difficultés : chaque orifice doit être sondé. Il importe surtout de découvrir le trajet qui s'ouvre dans le rectum ; il peut être utile d'introduire simultanément un stylet dans chaque orifice, nous recommandons particulièrement l'usage de bougies fines à extrémités mousses, analogues à celles qui servent pour l'urèthre ; seules elles peuvent s'engager dans les trajets courbes des fistules en fer à cheval et donner un aperçu de leur complexité.

Après avoir analysé les caractères d'une fistule, il faut en *déterminer les causes*.

Le toucher rectal nous apprendra de suite si la fistule est liée à la présence d'une altération antérieure du rectum et en particulier d'un rétrécissement. Sinon, deux points restent à éclaircir :

1° Le sujet est-il tuberculeux ? 2° La fistule est-elle de nature tuberculeuse ?

L'examen détaillé de tous les organes, spécialement des poumons, du testicule, de la prostate, l'histoire pathologique, personnelle et héréditaire du malade donnent réponse à la première question. On ne peut toujours résoudre la seconde. La lésion locale n'offre souvent aucune

nous consulter quelques mois après parce qu'il continuait à rendre du pus. Nous trouvâmes, au fond d'un sillon cicatriciel partant de l'orifice anal et situé à l'intérieur, l'orifice d'une fistule qui débouchait 2 centim. plus haut.

(1) Toutes ces recherches sont facilitées par l'emploi de la petite lampe électrique frontale dont se servent les laryngologistes.

caractéristique clinique, mais elle est suspecte par cela seul qu'elle existe chez un tuberculeux avéré. Les doutes seraient levés si les inoculations, faites avec le pus du trajet, donnaient un résultat positif, mais c'est là un moyen plutôt scientifique que pratique.

Dans un certain nombre de cas, les caractères locaux de la fistule sont accusés au point de ne laisser dans l'esprit aucun doute sur la nature tuberculeuse : l'orifice ou les orifices cutanés siègent à la surface de petites tumeurs cutanées indurées à la périphérie, ramollies au centre, en tout semblables aux fistules consécutives à l'ouverture de gommes

FIG. 75. — Fistule à l'anus tuberculeuse. Ulcération de l'orifice externe.

tuberculeuses de la peau. Celle-ci est décollée, violacée, quelquefois ulcérée dans une assez grande étendue. Ces ulcérations s'observent particulièrement au niveau de l'orifice externe. On suit les trajets sous la peau, grâce à l'induration qui les trahit : en certains points, cette induration fait place à une sensation de fluctuation accusant l'existence d'une poche froide, développée sans aucune réaction inflammatoire. Ces lésions sont essentiellement chroniques, mettent des mois et des années à s'étendre ; les fongosités qui tapissent ces trajets ordinairement multiples et les poches

échelonnées fournissent une sécrétion abondante de pus séreux qui oblige les malades à se garnir ; en somme, ces fistules rappellent à s'y méprendre des trajets tuberculeux quelconques ayant pour origine une lésion osseuse, cutanée ou ganglionnaire.

Nous serons brefs sur le *diagnostic différentiel* de la fistule anale : elle ne saurait être confondue qu'avec les trajets fistuleux observables au pourtour de l'anus, c'est-à-dire avec les fistules pelvi-rectales supérieures, les fistules génitales, urinaires et ostéopathiques : nous renvoyons pour les premières à l'étude des *fistules pelvi-rectales supérieures*.

Les *fistules génitales* ont été observées dans les affections de la prostate, exceptionnellement à la suite des abcès chauds, plus souvent dans la tuberculose : l'exploration des trajets et le toucher rectal permettront de remonter à la lésion initiale. Nous nous bornerons à signaler l'origine vulvo-vaginale (1) et cowpérienne de quelques fistules péri-anales, et leur situation toujours antérieure (2).

Les *fistules urinaires* se reconnaissent par leur siège périnéal, par la constatation de l'issue des urines, par l'exploration de l'urèthre et par celle des trajets.

Quelquefois cependant la nature urineuse du liquide n'est pas nettement établie ; il suffit alors de donner au malade un peu de bleu de méthyle en capsule pour voir, une heure après, le liquide de la fistule teinté en bleu lorsqu'il s'agit d'une fistule urinaire (3).

Le diagnostic des *fistules ostéopathiques* (4) n'est pas toujours aussi facile. Ces fistules s'ouvrent tantôt en arrière de la commissure anale, tantôt sur les côtés de l'anus. On pourrait surtout les confondre avec les fistules à l'anus tuberculeuses. On établit son diagnostic d'après les signes suivants : le stylet, loin de se diriger vers l'intestin, prend une

(1) L'abcès dans ces cas spéciaux a presque toujours débuté au cours d'une blennorrhagie, l'écoulement du trajet fistuleux est visqueux, presque transparent, augmente pendant l'érection (COULLIARD (J.). *Contribution à l'étude des glandes bulbo-uréthrales*. Th. de Paris, 1876, n° 418).

(2) Ce procédé a permis à l'un de nous de déterminer l'origine d'une fistule de l'espace pelvi rectal supérieur sur laquelle plusieurs chirurgiens avaient déjà fait des applications successives d'entérotomie. (HARTMANN. *Revue de chirurgie*, Paris, 1894, p. 1.)

(3) Voir plus loin, *fistules recto-vaginales*, p. 213.

(4) DENUCÉ. *Des fistules ossifluentes de la région anale*. Th. de Paris, 1874, n° 15.

direction excentrique vers un point de la ceinture pelvienne ; la suppuration est plus abondante que ne le comporte l'étendue des trajets; l'examen des os du bassin, et même de la colonne vertébrale, mais surtout l'exploration de l'ischion, du coccyx et du sacrum par le toucher rectal, décèlent un point douloureux attestant l'existence d'une lésion du squelette.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de ce diagnostic, le pronostic qui en découle et les indications opératoires devant en être profondément modifiés.

Obs. XLV. — *Fistule à l'anus ayant pour origine une tuberculose enkystée du sacrum Incision postéro-latérale. Résection partielle du sacrum. Guérison.* — C. C..., 15 ans, entre le 27 avril 1893 à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier. Il y a dix-huit mois environ, il éprouva à gauche de l'anus de légères démangeaisons et constata un peu de suppuration. Le 7 août 1891, il entra à l'hôpital des Enfants Malades pour un abcès de la marge de l'anus. En septembre de la même année, il y est opéré, dit-il, d'une fistule ; quinze jours plus tard, nouveau débridement de la fistule sur la sonde cannelée. La suppuration a toujours continué. De plus, depuis une quinzaine de jours il se développe une tuméfaction à la partie postérieure de la fesse.

En arrière et un peu à gauche de l'orifice anal, on voit un orifice fistuleux. Un stylet, qu'on y introduit, s'engage directement en haut. Le doigt rectal fait constater que partout ce stylet reste séparé de l'intestin. On n'atteint cependant pas d'os dénudé, mais la pression du doigt contre la concavité sacrée détermine de la douleur. De plus, il existe profondément sur la partie postéro-latérale gauche du sacrum une collection fluctuante.

Diagnostic. — Tuberculose de la partie latérale gauche du sacrum avec abcès postérieur non ouvert et abcès juxta-anal fistuleux.

Opération, le 10 mai 1893, par M. Hartmann. — Une incision postérieure ouvre largement l'abcès que l'on gratte. Avec le bistouri à résection, on sectionne des tissus épais, grisâtres, fibreux, le long du bord gauche du sacrum et l'on arrive ainsi sur le trajet antérieur dans lequel on a préalablement introduit une sonde cannelée. Ce trajet est tapissé par une membrane fongueuse qui, curettée, apparaît grisâtre et fibreuse sans aucune communication avec la loge rectale proprement dite. A peu près au niveau du troisième trou sacré, existe une cavité osseuse à parois friables que nous évidons. Un trajet présacré en part, se dirigeant en haut. On le gratte et on le tamponne à la gaze iodoformée. Toute la partie juxta-anale de l'ancienne fistule est réunie, le reste de la plaie étant bourré de gaze iodoformée.

Le 5 juillet, le malade quitte l'hôpital n'ayant plus qu'une plaie de petites dimensions. Celle-ci se comble dans le mois qui suit.

En juin 1894, un an après l'opération, nous revoyons le malade qui reste toujours parfaitement guéri.

Pronostic et indications opératoires. — Les fistules à l'anus

abandonnées à elles-mêmes ne tendent qu'exceptionnellement à la guérison. Sans doute, il en est de classiques exemples de Pott, de Ribes, de Velpeau, d'Allingham, relatifs non seulement à des trajets borgnes, mais encore à des fistules complètes. Plus récemment, Bodenhamer (1) a pu vérifier à l'autopsie la réalité de ces cures spontanées. Cet auteur vit mourir de pneumonie, à la Nouvelle-Orléans, un homme de 25 ans qui avait eu deux ans auparavant une fistule complète. Celle-ci s'était guérie toute seule en l'espace d'un an, sans aucun traitement médical ou chirurcal. On trouva à l'autopsie, à l'endroit où une induration cicatricielle marquait l'ancienne fistule, une corde fibreuse sans aucune cavité, mesurant trois pouces et demi de long.

De tels faits ne sauraient nous empêcher de considérer comme illusoire l'espérance d'une guérison spontanée. Loin de temporiser, il faut d'une manière générale conseiller une intervention précoce, afin d'éviter aux malades les complications inhérentes à tout trajet qui suppure, le développement d'abcès à répétition, la transformation d'une fistule simple en fistule complexe.

La question des indications opératoires ne prête à la controverse que s'il s'agit de fistules chez les tuberculeux. Les avis sont partagés : les uns considèrent la tuberculose comme une contre-indication absolue. En supprimant la fistule vous supprimez, disent-ils, un exutoire salutaire, vous aggravez l'état général et l'état des lésions pulmonaires. Est-il besoin de réfuter cette théorie, qui ne tendrait à rien moins qu'à la prohibition de toute intervention chirurgicale s'adressant à une suppuration tuberculeuse quelconque, car imagine-t-on qu'une suppuration péri-anale soit plus utile au poumon qu'une suppuration des ganglions, des os ou des articulations ? A une époque plus récente, l'opposition a rajeuni sa formule en prétendant que l'opération expose à la généralisation du bacille : des hémoptysies (2) auraient été observées, ainsi qu'une recrudescence des symptômes pulmonaires. Nous ne contestons pas ces accidents (3),

(1) BODENHAMER (W.). Reflections and observations upon the formation, structure, function and pathology of fistulous tracks or sinuses. *N. Y. Med. Rec.*, 1891, t. I, p. 234.

(2) BRYANT. *Guy's hosp. Rep.*, London, 1861, 3e sér., t. VIII, p. 87, sur 193 cas n'a observé que 3 fois des hémoptysies à la suite de l'opération.

(3) En tous cas, fort rares, car sur 154 opérations consécutives de fistules relevées à

mais il faut se garder de les rapporter systématiquement à l'acte opératoire; la généralisation se fait bien toute seule et sans qu'on intervienne (1). Nous concédons que chez des phthisiques avancés, tout ébranlement, toute opération importante sont capables d'user la résistance du sujet. Il faut chez ceux-là ne rien faire, si la lésion péri-anale n'occasionne que peu ou point de souffrances, s'il n'existe point de clapier : s'il en est autrement, il faut intervenir, mais réduire l'intervention à son minimum, se borner à assurer l'écoulement des liquides, et à supprimer toute rétention de pus. Comme dans toute tuberculose locale, le chirurgien a le devoir de rechercher quelle part revient à l'état local dans les symptômes éprouvés par les malades et de se comporter en conséquence. Une autre objection consiste à dire que l'opération ne guérit pas les fistules tuberculeuses; que les inciser, c'est simplement transformer un ulcère canaliculé en un ulcère à plat. Certes, tel est le résultat si l'on emploie le même traitement que pour les fistules ordinaires. Il faut faire quelque chose de plus, s'attendre même à des suites plus longues, à un traitement post-opératoire minutieux, car il ne s'agit pas seulement de fendre un trajet, il s'agit de poursuivre et de détruire la fongosité tuberculeuse. Du reste, quand bien même l'opération ne serait pas suivie d'une cicatrisation complète, le débridement « en métamorphosant un tunnel plus ou moins irrégulier en un fossé large, court et peu profond » (2) aura été utile au malade, car il aura fait cesser la rétention des liquides septiques des clapiers.

En résumé, chez un phtisique à grosses lésions pulmonaires, n'intervenir que le moins possible, et dans un but purement palliatif; chez un tuberculeux guérissable et surtout chez un sujet dont la fistule est la principale manifestation tuberculeuse, intervenir en ayant pour objectif la suppression du produit tuberculeux (3).

l'hôpital Bichat par l'un de nous, on n'a pas observé un seul cas de généralisation tuberculeuse post-opératoire. (HARTMANN. *Revue de chirurgie*, 1894, p. 1.)

(1) On n'en peut pas donner de preuve plus frappante que l'observation de fistule publiée par l'un de nous, où la mort, survenue pendant la chloroformisation, fit constater l'existence d'une granulie non diagnostiquée et n'ayant traduit son développement que par des poussées fébriles qu'on expliquait par la rétention purulente dans un diverticule de la fistule (HARTMANN. *Revue de chirurgie*, 1894, p. 1.)

(2) VERNEUIL. *Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1883, t. IX, p. 95.

(3) Les opinions, émises sur cette question de l'intervention dans la fistule anale des tuber-

L'indication opératoire posée, on peut se demander à quelle distance de l'abcès il vaut mieux opérer. Nous sommes d'avis qu'à moins de raisons spéciales, il y a tout intérêt à attendre que la suppuration soit réduite, que les cavités soient en partie effacées; ce temps peut être employé à préparer le malade, à le nettoyer, à antiseptiser le plus possible son foyer de suppuration : laisser faire, en un mot, le plus possible à la nature, activer ce qu'elle ne peut accomplir; l'opération, par le fait, se trouve simplifiée et réduite. Elle s'effectue sur des tissus moins infectés, en partie débarrassés de leurs microbes. Nous supposons, bien entendu, que nous avons été appelé après l'ouverture de l'abcès péri-anal, et que l'incision faite, insuffisante pour obvier à la production d'une fistule, assurait néanmoins le libre écoulement du contenu de l'abcès.

Traitement. — Le traitement de la fistule à l'anus est essentiellement un traitement opératoire. On ne doit citer que pour mémoire l'emploi des topiques ou des injections de liquides divers (1), la cautérisation (2), etc.

Ce *traitement non opératoire* des fistules a été cependant repris tout dernièrement en Amérique, où il est connu sous le nom de « Itinerant method » (3). La pratique de ces « itinerants » consiste, après avoir protégé la peau au moyen d'un onguent, à injecter dans chaque trajet fistuleux une solution de peroxyde d'hydrogène, à l'aide d'une petite sonde flexible; d'autres usent d'une solution concentrée d'acide phénique ou d'une solution à parties égales d'huile d'eucalyptus et de glycérine, quelques-uns font précéder l'injection d'un grattage ou d'une scarification de la fistule (4).

Deux chirurgiens américains, Mathews et Tuttle, se sont faits les défenseurs de ces procédés thérapeutiques qu'ils ont érigés en méthode.

culeux, sont des plus contradictoires. Nous ne nous arrêterons pas à les énumérer. On les trouvera, pour une grande part, exposées dans GUERLIN. *De l'opération de la fistule à l'anus chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1878, n° 155.

(1) BOINET. Du traitement de la fistule à l'anus par les injections iodées. *Gaz. médic. de Paris*, 1853, 3e s^{ie}, t. VIII, p. 821, et *Traité d'Iodothérapie*, teinture d'iode, nitrate d'argent, teinture de ratanhia, perchlorure de fer.

(2) Soit avec le fer rouge, soit avec le chlorure de zinc (v. E. SCHMITT). *Du traitement des fistules à l'anus*, Th. de Paris 1874, n° 83.

(3) Parce qu'il est préconisé par les médecins ambulants (travelling doctors).

(4) D'après ANDREWS. *Rectal and anal surgery*, Chicago, 1892.

Mathews (1) commence par dilater l'entrée du trajet avec une tige de laminaire ; au bout de quelques heures, il introduit un instrument qu'il appelle fistulotome (2) : faisant saillir les lames de celui-ci, il le retire, coupant ainsi la paroi fistuleuse dans toute sa longueur ; cette fistulotomie interne est répétée les jours suivants, avec une ou deux introductions de l'instrument par séance.

Tuttle (3) a souci comme Mathews de vitaliser les granulations qui tapissent les cavités des trajets, mais il emploie les injections. Dans les fistules sous-tégumentaires, il fait d'abord un lavage avec une solution de bichlorure de mercure au millième ; puis il injecte parties égales d'acide phénique et de teinture d'iode, ou encore une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100 ; il ajoute volontiers la dilatation du sphincter, qu'il fait sans anesthésie générale. Il obtiendrait de la sorte une guérison en dix ou quinze jours, même avec des fistules complètes.

Ces tentatives sont intéressantes, et nous en acceptons volontiers l'indication pour les fistules borgnes externes ischio-rectales, à défaut d'un débridement large contre-indiqué pour une cause quelconque, par exemple chez les sujets pusillanimes qui se refusent à toute intervention sanglante ; la dilatation, la régularisation et le nettoyage des trajets, tel serait le plan général à suivre, et qu'on pourrait réaliser de diverses manières (4).

Traitement opératoire. — Nous envisagerons successivement les fistules non tuberculeuses et les fistules tuberculeuses.

Fistules non tuberculeuses. — La méthode la plus généralement en usage est l'incision (5). Elle consiste, quel que soit le procédé, à fendre toutes les parties molles qui séparent le trajet de la cavité intestinale, à sectionner les décollements, puis à panser à plat. La plaie bourgeonne

(1) MATHEWS. *Dis. of the rectum anus and sigmoïd flexures*, 1892, p. 412.

(2) Ce fistulotome est, à certains points de vue, comparable à l'uréthrotome de Civiale. Il se compose d'une tige terminée par un renflement qui cache dans son intérieur deux lames tranchantes qu'un mouvement de vis permet de faire saillir.

(3) TUTTLE (J.-P.). The treatment of anorectal fistula. *N.-Y. med. Journ.*, 1893, t. LVIII, p. 1.

(4) Allingham a fait quelques tentatives dans cette voie. Le nombre restreint de ses succès ne lui a pas paru encourageant.

et se comble du fond à la surface. La réunion n'est obtenue, dans les fistules les plus simples, qu'au bout de quarante à quarante-cinq jours ; la durée de la cicatrisation complète peut s'étendre jusqu'à trois et six mois.

L'incision est faite avec le bistouri ou avec le thermocautère ; l'écraseur linéaire mérite aujourd'hui d'être relégué à côté du syringotome (1).

Le malade ayant été purgé l'avant-veille, lavementé la veille, rasé, baigné et lavé, on procède à l'anesthésie, qui doit être très complète comme dans toutes les opérations sur le rectum.

Le patient, si on dispose de deux aides, est placé dans la position de la taille (2). Une sonde cannelée et de préférence une sonde cannelée petite, à bout effilé et arrondi comme celui d'un stylet, telle que la sonde de Brodie, est poussée dans le trajet, jusque dans le rectum, où l'index gauche la rencontre et la ramène au dehors ; il ne reste plus qu'à fendre toutes les parties molles ainsi soulevées et tendues, au moyen du bistouri dont la pointe glisse dans la rainure de la sonde cannelée.

La sonde explore ensuite les différents décollements qui sont sectionnés d'un coup de ciseau (3).

La substitution du thermocautère au bistouri est une bonne pratique dès qu'on ne cherche pas la réunion par première intention : l'instrument fait l'hémostase en même temps qu'il coupe, il détruit la couche granuleuse du trajet et stérilise bien celui-ci. Si l'on a soin, après la section sur la sonde cannelée, de promener le couteau de platine dans la tranchée qui en résulte, il rend inutile l'introduction au fond de la plaie d'une mèche isolante : les petites eschares protègent la solution de continuité contre les premières souillures jusqu'à l'apparition de la couche des bourgeons charnus.

Les soins post-opératoires sont des plus simples. Le premier pansement fait avec un peu de gaze iodoformée, de l'ouate maintenue par un

(1) Le syringotome est un instrument composé d'un bistouri courbe continu (avec ou sans articulation) avec un stylet ; le stylet est introduit dans la fistule et ramené au dehors par le doigt gauche intra-rectal pendant que la main droite pousse le manche, engage et sectionne.

(2) A défaut d'aides on peut toujours improviser une béquille de Clover.

(3) Pour ce temps opératoire, les gorgerets, un spéculum univalve ou le spéculum de Nicaise rendent des services.

tant la paroi opposée, un petit bourgeon bordant l'orifice d'un trajet sous-muqueux, long de 3 centim. et terminé en cul-de-sac. Le doigt, introduit dans le rectum, délimite facilement, grâce à l'induration sous-muqueuse, la direction et l'étendue de cette fistule borgne interne.

Lorsque la fistule est *sus-sphinctérienne*, consécutive à un abcès ischio-rectal, le procédé de l'incision tel que nous venons de l'exposer a le grave inconvénient d'exiger la division des sphincters et d'exposer à une incontinence d'ordinaire incomplète. Aussi Tillaux (1) en vient-il à se demander si, infirmité pour infirmité, il ne vaut pas mieux conserver une suppuration permanente qu'une incontinence complète des gaz ou des matières fécales. Nous verrons plus loin que l'incision, complétée par la réunion primitive ou suture des sphincters (2), obvie à ces réels et graves inconvénients.

S'agit-il de *fistules borgnes externes*, on s'accorde pour recommander un traitement semblable au précédent : la sonde cannelée, ou mieux le stylet poussé dans le trajet jusque sous la muqueuse vers le point bas placé où siégerait l'orifice interne, perforera la muqueuse anale et transformera la fistule borgne en fistule complète.

Cette conduite n'est acceptable que s'il n'est question que de fistules sous-muqueuses, sinon on se garderait bien de faire communiquer avec l'intestin un trajet borgne externe situé en dehors des sphincters. Ce serait là la véritable application des procédés non opératoires de Mathews ou de Tuttle lorsque la pusillanimité du malade ou toute autre cause empêcherait de recourir à l'incision large antéro-postérieure suivie du tamponnement du foyer.

Fistules borgnes internes. — Le plan classique est de les convertir en fistules complètes en incisant la peau sur le bout de la sonde introduite par l'orifice interne. Dans certains cas cependant, le trajet ne se dirige nullement vers le tégument cutané, il suffit de le fendre largement dans toute son étendue à l'intérieur de l'anus (3). Ce n'est qu'en cas de gross

(1) TILLAUX. *Traité de Chirurgie clinique*, 1889, t. II, p. 601.

(2) NICAISE. De la suture des sphincters dans l'opération de la fistule à l'anus. *Rev. de chir.*, Paris, 1893, p. 139.

(3) DUBAR. Fistule borgne interne du rectum, rapport de PERIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, Paris, 1886, t. XII, p. 529.

difficulté qu'on se résoudrait à faire une rectotomie linéaire postérieure, afin d'élargir le champ opératoire. Le malade, à qui Dubar (1) appliqua ce procédé, conserva une incontinence absolue des matières pendant six semaines, et ce ne fut qu'au bout de trois mois que la fonction sphinctérienne fut entièrement rétablie.

Fistules complexes. — Nous les avons divisées en latérales et en commissurales. Le traitement des premières est simple. On recherche d'abord la fistule complexe et on l'incise, puis on sectionne le trajet partant du second orifice cutané et allant rejoindre le trajet complet.

Cette méthode peut servir de guide pour le traitement des fistules commissurales ou en fer à cheval ; mais ici se présentent quelques difficultés. On peut avoir, en raison de la direction courbe des trajets, quelque peine à trouver l'orifice interne : qu'on incise alors la portion curviligne en allant au besoin d'un orifice cutané à l'autre, on trouvera bien le carrefour où se branche le trajet au bout duquel est l'orifice interne.

La difficulté peut tenir à une autre cause, à ce que l'un des orifices cutanés, celui qui correspondait précisément au trajet complet (2), s'est cicatrisé. La section méthodique faite à partir de l'orifice cutané perméable, fera découvrir la portion directe du trajet et son orifice intestinal. La mise à jour de tous les trajets, de préférence suivant un certain ordre, telle est donc la règle.

Rappelons-nous enfin que certaines fistules en fer à cheval font suite à des abcès ischio-rectaux et qu'elles siègent en dehors des sphincters : la direction des trajets expose alors à couper l'anneau sphinctérien en deux points différents si l'on fend directement les parties de chaque orifice externe à l'orifice interne, faisant une incision en V. C'est pour éviter cet inconvénient que Swinford Edwards (3) a conseillé le plan opératoire suivant : Introduisez un stylet à travers l'orifice interne et à ce niveau incisez la peau sur la ligne médiane postérieure : alors traversez tout avec votre sonde et fendez (4). Dans un deuxième temps, ouvrez les diverticules

(1) Se défier d'une hémorrhagie (Allingham).

(2) Voy. observ. XXXII, p. 165.

(3) Swinford Edwards. On some of the rarer forms of rectal fistulæ. *Brit. med. J.*, London, 1887, t. II, p. 13.

(4) Avoir soin d'inciser bien perpendiculairement aux fibres musculaires.

latéraux sur le conducteur introduit par chaque orifice cutané et amené dans l'incision médiane. Votre première section, la médiane, aura divisé le sphincter, mais les autres n'auront porté que sur les tissus qui lui sont extérieurs ; le sphincter n'aura été sectionné qu'en un seul endroit.

Nous avons longuement insisté sur l'opération de la fistule anale par l'incision, parce que la méthode est excellente dans ses résultats, facile dans son exécution, à la portée de tous les médecins.

Ses inconvénients sont complaisamment énumérés par les classiques (1) : on pourrait observer comme complications, l'hémorrhagie, l'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente, la péritonite, etc.

En réalité, l'opération de la fistule à l'anus est une des plus bénignes de la chirurgie et sur des centaines de cas nous n'avons jamais observé aucun de ces accidents : quelques coliques, de la rétention d'urine passagère, voilà les seuls incidents ordinaires : ce qu'on peut reprocher à la méthode, ce ne sont pas non plus des échecs ; ceux-ci sont imputables à une mauvaise observation de règles aujourd'hui bien précises ; on ne peut lui objecter que la durée parfois très longue de la cicatrisation et, dans les variétés ischio-rectales, l'incontinence totale ou partielle des gaz et des matières fécales.

La durée dans les moindres fistulettes n'est jamais inférieure à cinq ou six semaines ; dans les autres elles s'étend communément à deux mois ; elle dépasse parfois trois et quatre mois ; exceptionnellement enfin elle atteint 6 mois et un an. En général les premières phases de la cicatrisation sont assez rapides, puis les progrès deviennent lents et presque insensibles alors qu'il ne reste plus qu'une sorte de fissure étroite.

On s'explique en somme assez bien cette lenteur dans la réparation : l'état général qui a donné lieu à l'abcès peut être dans une certaine mesure incriminé, la circulation locale est souvent défectueuse, mais la raison capitale, la plaie est souillée chaque jour et dérangée de son immobilité, éraillée par les matières fécales ; elle revêt chez certains malades les caractères d'un véritable ulcère (2).

(1) Voy. FOLLIN et DUPLAY. *Traité élémentaire de pathologie externe*, Paris, 1883, t. VI, p. 421.

(2) Chez une série de malades dont la plaie semblait s'être complètement arrêtée dans son

Mentionnons enfin une cause d'irritation signalée par Gross (1), c'est l'inversion des poils entraînés par la rétraction cicatricielle, ce qu'il a appelé le trichiasis du rectum.

L'incontinence ne s'observe que dans certaines variétés rares de fistules à l'anus, les ischio-rectales nous savons déjà qu'il est des moyens de l'éviter ; un de ceux-ci est de suturer après avoir incisé, de tenter la réunion par première intention. L'obtient-on ? On remédie, du même coup, au reproche de la durée.

La réunion par première intention des fistules à l'anus est un complément, un perfectionnement de la méthode de l'incision.

L'idée en est vieille d'au moins 38 ans, car dès 1852, Chassaignac faisait une tentative de réunion immédiate pour une fistule à l'anus, dont il avait décortiqué la surface granuleuse, qu'il avait pelée, suivant son expression (2). Sa renaissance date certainement d'un article de Smith dans le *Medical Record de New-York* de 1886 (3) ; c'est depuis cette publication que la pratique s'en est répandue tant en Amérique qu'en Europe. En France, l'un de nous (4) s'en est fait l'un des premiers défenseurs.

Depuis il a été publié toute une série de thèses ou de mémoires (5). La plupart des chirurgiens actuels acceptent en principe la réunion primitive dans le traitement des fistules anales ; ils ne diffèrent que sur l'extension à lui donner dans les diverses variétés.

processus réparateur nous avons réveillé le travail de cicatrisation et obtenu des succès en recourant aux vieux pansements excitants par les onguents, le styrax par exemple.

(1) GROSS. *System of Surgery*, t. II, p. 602.

(2) CHASSAIGNAC. *Traité sur l'écrasement linéaire*, Paris, 1856. C'est donc bien à tort que Mathews invoque les procès-verbaux de la *New-York surgical Society* pour réclamer la priorité en faveur de Lange qui a fait cette opération en 1885.

(3) STEPHEN SMITH. The immediate closure and rapid cure of fistula in ano. *Medic. Record*, N.-Y., 1886, t. I, p. 669.

(4) QUÉNU. De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, p. 533.

(5) LONGO. *Recherches sur la cure rapide de la fistule anale*. Th. Paris, 1887-1888, n° 1. — SCHWARTZ. *Revue générale de clin. et thérap.*, Paris, mai 1888. — VERCHÈRE. Paris, *France médicale*, 1888, t. II, p. 1302. — SENDLER (P.). *Deutsch. med. Woch.*, Leipzig, 1890, p. 282. — SUREL. *Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale*. Th. de Paris, 1890-1891, n° 38. — LEGRAS. *Du traitement des fistules à l'anus par l'excision et la suture*. Th. de Paris, 1892-1893, n° 48. — THÉVENARD. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1893, t. I, p. 437. — CAUCHOIS. *Soc. méd. de Rouen*, 1888. — LLOBET (de Buenos-Ayres). *Revue de chirurgie*, 1892, p. 519, etc.

La technique en est simple : après une préparation suffisante du ma[illegible]ade et du champ opératoire, on procède aux deux temps successifs de l'[illegible]opération, l'avivement et la suture. Il peut être commode de faire précéder l'avivement de la dilatation anale, spécialement dans les cas où on prévoit l'application de plusieurs sutures intra-anales.

L'avivement le plus simple est d'inciser la fistule puis d'exciser les parois de la gouttière ainsi obtenue.

L'hémostase rapidement faite, on applique les sutures dont les unes sont à l'intérieur du conduit ano-rectal, les autres du côté du périnée. Une valve de Sims maintenant la paroi opposée du rectum écartée, et la plaie étant protégée contre l'invasion possible de mucosités rectales au moyen de quelques tampons d'ouate iodoformée (1), on applique les sutures de haut en bas : quelles qu'elles soient, rectales ou périnéales, voici comment il importe de les disposer : de simples points d'une lèvre à l'autre seraient ici insuffisants, il faut à tout prix effacer toute cavité et obtenir un adossement parfait; il suffit pour cela de conduire son aiguille dans un plan parallèle et sous-jacent à la surface cruentée : piquée à 3 ou 4 millimètres du bord de la plaie, l'aiguille s'enfonce sous la plaie et ressort à travers l'autre lèvre sans s'être montrée.

En un mot, on applique tous les points de suture comme les points profonds d'une périnéorrhaphie.

Les sutures muqueuses sont faites au catgut (n° 2), les cutanées au catgut ou à la soie, quelques fils superficiels sont parfois nécessaires pour parfaire l'affrontement. La plaie est légèrement saupoudrée d'iodoforme et pansée à sec.

Le traitement consécutif consiste à condamner les malades au lait et au bouillon pendant une semaine et à leur administrer chaque jour deux à trois pilules d'extrait thébaïque.

Le dizième ou onzième jour on peut enlever les fils cutanés ; la première garde-robe, le septième ou huitième jour, a été facilitée par un lavement glycériné.

(1) Le reproche adressé à ces tampons de souiller les sutures au moment où on les retire, n'est pas mérité, car on a soin alors de faire glisser les tampons dans la concavité de la valve et ils n'ont pas à toucher la ligne des sutures.

La technique opératoire subit quelques modifications si la fistule, au lieu de se composer d'un trajet superficiel droit et unique, est profonde, entrecoupée de clapiers et complexe. En pareil cas l'excision ne saurait toujours être pratiquée sans exposer à de trop grandes pertes de substance. On la fait partielle, excisant en un point, pelant, grattant à la curette en d'autres. On suture trajet par trajet en commençant par les plus profonds, en faisant au besoin la suture par étages (1).

Dans les *fistules profondes* où l'incision a intéressé le sphincter, la réunion des deux lèvres musculaires est assurée par le passage du fil profond ; il n'est donc pas absolument nécessaire d'ajouter une suture spéciale pour le muscle (2).

Dans les *fistules complexes* à trajets très multipliés, ou dans les fistules en fer à cheval, la réunion est assurément plus difficile à obtenir ; d'après notre expérience personnelle, on a tout avantage en pareil cas à ne pas réunir la muqueuse ; nous conseillerons de bien affronter le reste et de laisser les deux lèvres de la plaie muqueuse légèrement entr'ouvertes.

La réunion primitive doit-elle être généralisée ou ne s'appliquer qu'à une certaine catégorie de fistules ?

Toutes les fistules sont justiciables de la réunion primitive, tous les fistuleux ne le sont pas : il faut évidemment pour réussir être à même de réaliser les conditions de nettoyage, de préparation, de soins post-opératoires énumérés plus haut, il faut que le malade s'y prête ; il est en outre bon d'avoir affaire à une véritable fistule organisée, et non à un abcès trop récent fistulisé. Ces réserves faites, on *est autorisé* à

(1) SENDLER. *Deutsch. med. Woch.*, 1890, p. 282. Cette suture à étages peut cependant être évitée dans les excisions de fistules laissant de larges plaies béantes. On est quelquefois étonné de voir avec quelle facilité les parties se rapprochent. Comme la tension des parties est alors assez grande, afin d'éviter un double étage de sutures et d'assurer néanmoins une coaptation complète des parties, l'un de nous a l'habitude de passer de gros crins embrassant tout le foyer traumatique dans leur anse et sortant à 1 centimètre et demi ou 2 centim. du bord de la plaie. Au lieu de nouer directement ces crins, on les noue sur deux petits rouleaux de gaze iodoformée qui répartissent régulièrement la pression des fils et empêchent la section des parties par ceux-ci.

(2) Il n'y aurait certes aucun inconvénient à le faire, mais à la condition de ne pas se contenter d'une suture musculaire et d'une suture cutanée muqueuse, et de commencer toujours par assurer l'effacement des points morts par le fil profond.

tenter la réunion dans toutes les fistules, il *faut* la tenter dans toutes celles qui nécessitent l'incision des sphincters.

Les chances de succès seront évidemment d'autant plus grandes qu'il y aura moins de décollements, moins de clapiers à effacer; elles seront surtout en rapport, d'une part avec la réalisation étroite de la technique opératoire, d'autre part avec la virulence moindre des parties opérées.

Fistules tuberculeuses. — Nous avons conclu que chez les tuberculeux avancés il convenait ou de ne rien faire ou de faire le minimum (1).

Chez ceux qui ne présentent que des lésions pulmonaires peu marquées l'action est admise. Quel plan opératoire faut-il suivre ? On doit ne pas perdre de vue qu'il s'agit dans la majorité des cas d'une tuberculose locale, par suite l'incision simple du trajet sera toujours une méthode insuffisante, qu'on ait ou non opéré au thermocautère ; c'est alors que la plaie ano-cutanée met un temps considérable à se cicatriser, et finit par se comporter comme un véritable ulcère ; on doit donc ajouter à l'incision la destruction des fongosités, le curettage, la cautérisation au chlorure de zinc si on ne juge pas, devant la hauteur, l'étendue des décollements, la subacuité des lésions, devoir tenter la réunion primitive.

D'une manière générale, la réunion primitive est très recommandable dans les fistules tuberculeuses (2) ; elle est surtout applicable aux lésions froides analogues aux lésions cutanées des scrofuleux ; en extirpant tout le tissu pathologique, on arrive non seulement à guérir rapidement les lésions locales les plus complexes, mais à améliorer l'état général, en enlevant une source d'infection et d'affaiblissement

L'étendue et le nombre des trajets et des décollements ne contre-indiquent en aucune manière cette conduite, à l'appui de laquelle nous invoquons le fait suivant :

Obs. XLVII.— *Fistules multiples de nature tuberculeuse datant de douze ans. Excision des trajets, réunion primitive, guérison en vingt-cinq jours.* — V. F..., âgée de 49 ans, employée de commerce, a de mauvais antécédents héréditaires : père mort de pleurésie, mère morte de tuberculose, sœur morte tuberculeuse; est sujette aux bronchites; a perdu un enfant sur deux (de diarrhée) ; premier abcès il y a douze ans : cet abcès s'étendait à toute la fesse,

(1) Voyez p. 193.

(2) Thévenard. Du traitement des fistules à l'anus par excision et suture du trajet. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1893, t. I, p. 437.

paraît-il; il n'a jamais guéri tout à fait. Il y a sept ans, pleurésie traitée pendant deux à trois mois : depuis lors, toux, amaigrissement, douleurs sciatiques.

Troisième abcès péri-anal il y a trois ans, à gauche, près de l'anus, puis quatrième abcès à droite : ces deux abcès l'ont tenue au lit pendant un mois et demi, ils suppuraient beaucoup.

Entrée à Cochin le 13 janvier 1894 : deux orifices cutanés existent autour de l'anus, un troisième sur la fesse, à 7 centim. de l'orifice anal. Le stylet n'arrive sur aucun point dénudé du squelette, il s'enfonce par chacune des ouvertures dans les directions les plus diverses, vers le sacrum, vers les fesses, le périnée, et vers le rectum où il pénètre. Les fesses et le périnée sont remplis d'indurations, avec çà et là quelques points ramollis comme dans les abcès froids cutanés et sous-cutanés.

Opération, le 7 janvier, par M. QUÉNU. — L'ouverture du trajet gauche fait découvrir une série d'embranchements cachés au milieu de callosités, avec çà et là de véritables poches. Ces trajets sont excisés avec les ciseaux courbes, le sphincter externe est coupé. Même disposition pour la fistule située à droite : elle nécessite l'ouverture large du rectum. En avant de l'anus des prolongements périnéaux sont excisés. Suture au catgut de tous ces trajets ; nous laissons la muqueuse rectale sans suture, il reste là une sorte de petit sinus ouvert librement dans l'anus.

20 février. La malade sort guérie, ne gardant qu'une petite plaie anale au point où la réunion n'a pas été faite. Elle garde insuffisamment les gaz et très bien les matières.

Elle est revue en avril : la guérison est complète depuis le commencement d'avril, la cicatrisation est parfaite, l'état général s'est amélioré au point que la malade, engraissée et plus forte, a repris ses occupations qu'elle avait délaissées depuis plus de six mois.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de fistule tuberculeuse. (Voy. *Anat. path.*, p. 172, obs. XL.)

Les moyens de traitement que nous avons décrits en détail et que nous conseillons ne sont pas les seuls en usage.

Il en est d'autres (1), tels que la ligature, qui comptent encore trop de partisans pour que nous ayons le droit de les passer sous silence.

La *ligature*, méthode de très ancienne date, consiste à passer dans le trajet un fil qu'on ramène au dehors par l'anus; on serre progressivement, de manière à couper avec le fil les tissus, qu'on sectionne d'ordinaire avec le bistouri. La soie, le crin, les fils métalliques ont remplacé successivement les fils de lin des temps hippocratiques. Il ne reste plus de ces procédés que la ligature élastique (2).

(1) L'excision ou extirpation des parois de la fistule n'est plus un procédé isolément appliqué, elle n'est actuellement qu'un mode d'avivement dans la méthode qui réunit les fistules par première intention.

(2) La ligature élastique a été particulièrement préconisée en 1870 par Henry Lee, puis en 1873 par Dittel de Vienne, en 1875 par Allingham. Duplay s'en montrait encore partisan en 1888 (FOLLIN et DUPLAY).

A côté de la ligature élastique, on peut mentionner le procédé de « ligature immédiate de

D'après la technique d'Allingham, on introduit par la fistule, jusque dans le rectum, un instrument spécial inventé par l'auteur, destiné à saisir la cordelette en caoutchouc et à la ramener au dehors à travers le trajet.

On noue le fil, ou bien on maintientla constriction au moyen d'un petit ruban de plomb (1). La corde élastique coupe peu à peu les tissus qu'elle étreint et tombe après un temps qui oscille entre trois et quatorze jours, en moyenne au bout de six à sept jours (2).

Les avantages de la ligature seraient l'absence de douleurs (résultat fort problématique), l'absence d'hémorrhagie et de complications inflammatoires et la possibilité de laisser le malade vaquer immédiatement à ses affaires. La supériorité du procédé ne nous paraît aucunement manifeste, la section est lente au lieu d'être extemporanée : à égale étendue, la durée de la cicatrisation ne peut être abrégée ; les complications auxquelles il obvie n'existent pas avec l'antisepsie, spécialement avec le thermocautère. Reste la possibilité de ne pas garder le lit : elle existe également avec les procédés ordinaires, si la fistule est de peu d'importance. Les partisans de la ligature la recommandent spécialement chez les tuberculeux afin d'éviter une abondante suppuration. Nous ne voyons pas en quoi la suppuration serait moins abondante qu'avec un traitement antiseptique. Nous ne trouvons aucune supériorité à la ligature sur l'incision, nous la considérons par suite comme bien inférieure au traitement idéal qui est l'incision suivie de la réunion primitive.

II. — Fistules pelvi-rectales supérieures

Les fistules pelvi-rectales supérieures sont celles qui succèdent aux abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. Elles s'étendent, par suite du siège occupé par la poche purulente au-dessus du releveur de l'anus,

Reeves qui se sert du fil comme d'une scie » (New method of treating rectal fistulæ. *Brit. med. Journ.*, 1881, t. I, p. 917).

jusque sur les côtés de l'orifice anal. Ce sont généralement des fistules borgnes externes.

La plupart des pathologistes comprennent parmi elles les trajets fistuleux symptomatiques d'une lésion des os, pourvu que ce trajet traverse le plancher pelvien. Contrairement à eux, nous éliminons de notre cadre tous les trajets liés à une altération osseuse, pour les mêmes raisons qui nous ont fait exclure des fistules à l'anus celles qui reconnaissaient pour point de départ une carie de l'ischion, du coccyx ou de la branche ischio-pubienne. Rien ne réunit ces diverses fistules que leur siège commun au voisinage de l'anus ou du rectum ; l'étiologie, les symptômes, l'évolution, le traitement, tout les sépare.

Les fistules qui nous occupent ont des trajets excessivement profonds de 10 à 12 centim. Elles n'avaient pas échappé à l'attention des anciens, mais leur description exacte ne date réellement que de Gerdy, de Richet, son élève, et surtout de S. Pozzi, dont la thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de Richet, est le travail le plus complet que nous possédions sur la question (1).

Anatomie pathologique. — Les fistules pelvi-rectales supérieures ou plus brièvement pelviennes (2) sont rares. Pozzi n'en a recueilli qu'une quinzaine de cas, et encore y comprend-il les fistules ostéopathiques. Elles présentent à considérer un orifice externe et un trajet.

L'orifice externe n'a pas de situation fixe par rapport à l'anus ; nous le trouvons en effet tantôt sur les côtés de l'anus à 2 et 3 centim. (3), tantôt

(1) Voici l'historique par POZZI qui cite : J.-L. PETIT (*Trois fistules pelviennes rectales symptomatiques d'une lésion osseuse*) ; LEDRAN (*Traité des opérations*, p. 139) ; GARENGEOT (*Traité des opérations*, t. II, p. 350) ; MORAND (*Opuscules de chirurgie*, p. 157) ; HEISTER (*Inst. d. chirurg.*), POTT, SABATIER, VELPEAU, etc. Tous ces auteurs les désignent généralement sous le nom de *fistules haut placées ;* ils se préoccupent surtout dans leur traitement du danger de l'hémorrhagie. Aussi VELPEAU conseille-t-il l'abstention. (*Dict. en 30 vol.*) Le traitement chirurgical est repris par GERDY, RICHET et CHASSAIGNAC, mais en utilisant la section exsangue des trajets, soit par une pince spéciale construite par les deux premiers, soit par l'écraseur. — GERDY. *Soc. chir.*, 1853 et CARREAU, Th. de Paris, 1853. — GERDY. *Bullet. thérap.*, t. XLVIII. — TRÉLAT, VERNEUIL. *Gaz. des hôp.*, 1861. — RICHET. *Soc. chir.*, 1861. — CHASSAIGNAC. *Gaz. des hôp.*, 1853. — POZZI. *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur.* Th. de Paris, 1873.

(2) CHASSAIGNAC. Article Anus, *Dict. encycl. des sc. méd.*

(3) POZZI en réunit 4 cas. Observ. I, VI, VII, XIII.

en avant dans la région périnéale (1) ou encore en arrière (2). Il existe parfois deux orifices externes (3) ; les deux trajets, qui en partent, se rejoignent et forment une variété de fistule profonde en Y.

Le trajet, généralement situé sur les côtés du conduit ano-rectal, traverse le creux ischio-rectal, puis franchit le releveur de l'anus. Dans une observation de Richet (4) et dans celle que nous rapportons plus loin, il contournait la face antérieure du rectum.

Dans une observation de Trélat, il siégeait en arrière de l'intestin. Nous sommes enclins à penser que cette observation se rapporte non à une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur proprement dit, mais à une fistule consécutive à un abcès de l'espace rétro-rectal (5). Il y aurait vraisemblablement lieu de considérer deux sortes de fistules profondes correspondant aux deux grandes variétés d'abcès profonds, que nous avons décrites, d'une part des fistules pelvi-rectales supérieures, d'autre part des fistules rétro-rectales.

Ces trajets ont d'ordinaire une grande longueur, évaluée dans les relations à 8, 10 et 15 centim. ; ils ne sont pas de calibre uniforme, mais subissent un changement au niveau de la traversée du diaphragme pelvien pour se dilater en cavité au-dessus du releveur. Cette dernière disposition, bien constatée par Verneuil, est de la dernière importance, car elle donne la clef des symptômes et de la thérapeutique.

Nous devons insister sur le siège de ces fistules en dehors des parois rectales, et cela dans toute leur étendue, aussi bien dans leur trajet ischio-rectal que plus haut ; ce sont des fistules essentiellement péri-rectales ; elles sont d'ordinaire borgnes externes ; il en est cependant de complètes, telle l'observation III de Pozzi où, chez un rétréci de l'urèthre, il se développa un abcès urineux ouvert d'une part dans le rectum, et d'autre part à la marge de l'anus. Bien plus, il est possible que les fistules borgnes internes ne soient pas aussi exceptionnelles

(1) Un seul cas dans POZZI. Obs. V.
(2) Obs. de TRÉLAT relatée par POZZI.
(3) Un cas dans POZZI. Obs. I.
(4) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1861.
(5) Voy. Abcès rétro-rectaux, p. 149.

qu'on l'a dit, mais elles échappent le plus souvent à l'observation clinique. On est réduit à les supposer quand, chez un malade, on assiste à un écoulement purulent ou mélangé de pus par le rectum, alors que l'examen le plus minutieux des fosses ischio-rectales et du segment périanal de l'intestin ne fait découvrir aucune source de suppuration, aucune fistule borgne interne ordinaire.

Étiologie, symptômes et diagnostic. — Les fistules pelviennes semblent plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, elles ont les mêmes causes que les abcès pelvi-rectaux supérieurs ; c'est dire qu'il faut faire porter ses recherches du côté du rectum, de l'urèthre, de la prostate et des vésicules séminales.

Parmi les affections rectales, nous remarquons spécialement les hémorrhoïdes enflammées, l'existence d'une fistule simple antérieure, celle d'un abcès de la marge. L'observation suivante en est un bel exemple :

Obs. XLVIII.— *Fistule pelvi-rectale supérieure.* — Marie X..., âgée de 32 ans, entrée le 14 janvier 1895, salle Richet, n° 8, à l'hôpital Cochin.

Aucune tuberculose dans les antécédents héréditaires. 5 enfants dont 3 morts, le premier de convulsions à deux mois, le second des suites d'une coqueluche, le troisième d'une méningite. Les accouchements ont été tous normaux, sauf le dernier qui date de deux ans et demi, et qui fut suivi de frissons et d'un peu de fièvre, mais ces accidents ont été très passagers.

Marie X... a depuis longtemps des hémorrhoïdes de plus en plus développées après chaque grossesse ; constipation habituelle : quelques filets de sang sont ordinairement mélangés aux matières.

Six mois après le dernier accouchement, c'est à-dire il y a deux ans, il se forma un petit abcès tout près de l'orifice anal ; cet abcès fut ouvert par un médecin, pansé et guéri en quatre ou cinq semaines.

Un mois après l'incision, la plaie étant guérie ou près de l'être, la malade commença à éprouver des douleurs semblables à celles qui avaient précédé le premier abcès, mais plus en dehors de l'anus, en pleine fosse ischio-rectale. Ce n'est qu'au bout de deux mois de souffrances, tantôt plus, tantôt moins vives, qu'elle put percevoir profondément une petite induration de la grosseur d'une noisette. Cette grosseur mit six mois à s'accroître et à devenir fluctuante. Ouverte au bistouri, elle donna issue à une grande quantité de pus ; elle est toujours restée fistuleuse depuis.

De temps en temps la fistule devient douloureuse ; l'orifice, d'où sort habituellement peu de pus, en laisse alors s'écouler une quantité assez considérable, et la malade est soulagée. Ce sont ces poussées douloureuses, qui ne s'accompagnent du reste d'aucun changement d'état des parties molles, qui la décident à demander l'opération.

Lorsqu'on explore le trajet, on constate que le stylet s'enfonce profondément, laissant en dedans de lui, entre lui et le doigt intra-rectal, toute l'épaisseur des parois rectales ; il se dirige en avant et en dehors, sur les côtés du vagin, et butte là contre un cul-de-sac.

Par le toucher vaginal, on ne découvre aucune induration péri-utérine, aucune lésion annexielle ; le col est gros, et laisse suinter du liquide muco-purulent.

État général satisfaisant. Aucune maladie antérieure, aucun antécédent personnel tuberculeux. L'exploration du squelette, pubis, ischions, colonne vertébrale, etc., ne décèle aucun point douloureux. Rien ne permet de supposer que le trajet reconnaît pour point de départ une lésion osseuse. D'autre part, il a succédé à une plaie suppurante de la marge de l'anus ; le phlegmon subaigu de la fosse ischio-rectale a évolué de haut en bas, ne se rapprochant de la peau que tout à fait à la fin. Si on ne peut refuser une influence étiologique au premier abcès, on ne peut supposer, par les commémoratifs très précis, que le deuxième abcès ait été une propagation de proche en proche du premier : nous sommes ainsi conduit à le considérer comme le résultat d'une lymphangite hémorrhoïdale moyenne, partie de l'anus, et ayant occasionné un abcès à évolution chronique de l'espace pelvi-rectal supérieur (abstraction faite, du reste, de la nature des deux suppurations). L'observation rigoureuse faite au cours de l'opération vint confirmer ce diagnostic.

L'orifice de la fistule siège à trois centimètres en dehors de l'anus.

Le stylet enfoncé dans le trajet se dirige en dehors et en avant le long des parois latérales du vagin. Afin d'en poursuivre la section, nous sommes amené à pratiquer une longue incision qui remonte en avant jusqu'au pubis, à égale distance de la branche ischio-pubienne d'une part, de la grande lèvre d'autre part. L'incision de 5 à 6 centimètres permet de porter la grosse extrémité de la sonde cannelée en dedans, alors l'autre extrémité ne butte plus contre un cul-de-sac, elle s'enfonce à nouveau très loin, à tel point qu'une main appliquée sur la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope sent le soulèvement qu'elle produit. L'incision d'une nouvelle partie de trajet nous conduit à travers un plan résistant, qui est manifestement le releveur de l'anus doublé de son aponévrose, dans une large cavité dont voici les parois : en haut on soulève le péritoine, en dehors on parcourt avec le doigt toute la face interne de l'aponévrose obturatrice, et on sent même nettement le trou obturateur ; En dedans la cavité répond au vagin et au rectum ; nulle part il n'existe de point du squelette dénudé ; d'un coup de ciseau nous débridons ce qui reste du plan formé par le releveur ; l'espace pelvi-rectal est ainsi largement à découvert, et nous apercevons le péritoine qui en forme le fond. Cinq à six ligatures au catgut ; gros drain entouré de gaze iodoformée ; trois points de suture aux angles de la plaie. Tamponnement vaginal. La malade, ayant un peu de métrite, a été préalablement curettée. Suites très simples.

La tuberculose intervient ici comme dans l'histoire de toutes les fistules péri-anales (1).

Les symptômes consistent en un écoulement de pus généralement abondant, parfois mélangé à des gaz. Cet écoulement n'est pas uniforme,

(1) Obs. VI de Pozzi.

il augmente à certaines périodes, qui coïncident avec une recrudescence de la gêne ou même des symptômes douloureux. On s'explique aisément cette marche des accidents : le pus, qui occupe une cavité irrégulière au-dessus du releveur, ne trouve pas toujours dans ce trajet d'abord resserré au niveau du muscle, puis long et irrégulier à travers la fosse ischio-rectale, des conditions favorables à son évacuation; il s'amasse, croupit, augmente de virulence ; de là des poussées inflammatoires, de véritables réchauffements du foyer.

L'exploration avec le stylet indique que la fistule est profonde, que son extrémité dépasse la fosse ischio-rectale; combinée avec le toucher rectal, elle nous apprend que la sonde, loin de se rapprocher de la cavité intestinale, en reste séparée par toute l'épaisseur des tuniques rectales. On ne saurait donc confondre ces fistules avec celles de l'anus qui s'accompagnent d'un simple décollement de la muqueuse ; la seule difficulté est de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une fistule ostéopathique. Il faut rechercher quelle a été la marche de l'abcès, s'il a succédé à une affection du rectum ou de l'anus, des voies génito-urinaires, s'il a été franchement phlegmoneux, ou si, au contraire, il a évolué avec les allures d'un abcès froid. Dans ce dernier cas seulement, le diagnostic n'hésite qu'entre une tuberculose des parties molles et une tuberculose osseuse. La direction excentrique du trajet, l'abondance de l'écoulement, l'exploration de chaque point du squelette, non seulement du bassin mais encore de la région spinale, la longueur exagérée du trajet où disparait la sonde molle, tels sont les signes différentiels et les moyens de les établir.

Pronostic et traitement. — Le pronostic offre une certaine gravité tirée principalement des difficultés de la thérapeutique. Les chirurgiens de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci redoutaient l'incision de la fistule, surtout à cause de l'hémorrhagie. Aussi Velpeau conclut-il que « le plus sage est de s'en tenir aux moyens de propreté, à un traitement palliatif ».

C'est pour éviter cette complication et celle qui résulterait de l'ouverture du péritoine par l'instrument tranchant que Gerdy imagina

d'appliquer l'entérotomie à la section des tissus séparant le trajet de la cavité rectale. Il a été suivi dans cette voie par Richet (1), qui a un peu modifié l'instrument de Dupuytren en imaginant l'entérotome à branches parallèles. D'après la méthode de Gerdy-Richet, on introduit une branche de l'entérotome dans le trajet, l'autre branche dans le rectum, on rapproche, on serre et on laisse à demeure. La chute de l'instrument a lieu du huitième au neuvième jour, la plaie guérit lentement en laissant bien entendu une déformation de l'anus et une certaine incontinence de plus ou moins longue durée.

Quelques chirurgiens, Chassaignac, Verneuil ont tenté d'appliquer l'écraseur linéaire à l'opération de ces fistules profondes, mais sans trop de succès.

En Angleterre, la ligature élastique semble avoir toutes les préférences (1).

Nous pensons que le véritable traitement des fistules pelvi-rectales supérieures est tout autre. Souvent ces fistules ne communiquent pas avec l'intestin et le principal obstacle à leur oblitération est l'existence d'un resserrement de leur trajet au niveau du releveur. L'indication formelle est donc de supprimer le clapier sus-musculaire et d'établir un vaste drainage. Pour cela on fera d'avant en arrière, parallèlement au sphincter externe et en dehors de lui, une incision qui traversera successivement la graisse ischio-rectale, puis le releveur et son aponévrose. Le foyer largement ouvert, il faut le gratter à la curette et le drainer après l'avoir régularisé et touché avec une solution de chlorure de zinc ou de sublimé. Nul doute que ce traitement ne soit suffisant dans la généralité des cas ; il guérit les abcès, ainsi qu'en témoignent nos deux observations, il n'y a pas de raison pour qu'il échoue contre les fistules (2). Du reste Richet nous en donne lui-même la meilleure preuve dans l'observation suivante (3) : Ayant à soigner une actrice célèbre chez laquelle « la région

(1) Ball incise les parties superficielles au bistouri et étreint dans une anse élastique les profondes où il craint de rencontrer de gros vaisseaux. *The rectum and anus*, London, 1887, p. 94.

(2) Telle est également l'opinion de Kelsey. *Annual of the univ. med. sciences*, Phil., 1890, t. III, D. p. 23.

(3) Pozzi. *Étude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, Thèse de Paris, 1873, p. 4.

réclamait les plus grands ménagements », Richet fit une incision profonde sans toucher au rectum. Le foyer fut scarifié et bourré de charpie, la guérison fut complète en deux mois et demi.

Nul doute qu'avec nos ressources actuelles de tels cas deviennent la règle. D'ailleurs il serait toujours temps, en cas d'échec, de recourir aux entérotomes (1).

III. — Fistules recto-génitales

A vrai dire, les fistules recto-génitales n'existent que chez la femme ; chez l'homme les fistules génitales se confondent avec les fistules urinaires : ce sont les fistules recto-uréthrales. Les abcès prostatiques s'ouvrent bien parfois isolément dans le rectum, mais alors ils ne restent guère fistuleux. Les abcès de la glande de Cooper se font jour au périnée ou dans l'urèthre ; on a observé à leur suite, dans un très petit nombre de cas, des fistules péri-anales (2), mais exceptionnellement des trajets communiquant avec l'anus (3).

Les fistules recto-génitales se divisent en *recto-vulvaires* et *recto-vaginales*. Peut-il exister en outre des fistules recto-utérines acquises, en dehors des malformations congénitales ? Leur histoire n'est guère faite ; on conçoit qu'une collection purulente péri-utérine ait bien des difficultés à traverser les parois épaisses de la matrice, à moins qu'un abcès de ces parois ou une déchirure traumatique ait préparé les voies (4).

(1) Dans la thèse de Reygasse, on trouve plusieurs observations de Maynard, de Toulouse, où la guérison de fistules pelvi-rectales supérieures a été obtenue par le débridement large des foyers avec le thermocautère, suivi d'un tamponnement régulier du foyer lui donnant une forme de cratère et l'obligeant à se cicatriser par son fond. (*De la fistule anale et de son traitement par la thermo-conotomie.* Thèse de Paris, 1893-1894, n° 27.)

(2) Obs. Després, rédigée par Quénu dans Coulliard, *Contribution à l'étude des glandes bulbo-uréthrales*, Th. de Paris, 1876, n° 418, et Gruget, *De la fistule de la glande de Cooper*, Th. de Paris, 1876, n° 398.

(3) Gubler. *Des glandes de Méry et de leurs maladies*, Th. de Paris, 1849, n° 172.

(4) L.-H. Petit a réuni dans un important mémoire une série d'observations de fistules intestino-utérines, presque toujours à la suite de ruptures de la matrice ; dans aucun cas il ne s'agissait de fistule recto-utérine. (De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utérines. *Annales de gynécologie*, Paris, 1882, t. II, p. 401, et 1883, t. I, p. 14, 90, 290, 353 et 431.)

tracée dans ces derniers temps par de Amicis (1) et par Terrillon (2).

Un des orifices, avons-nous dit, siège à la vulve, plus ou moins près de la ligne médiane, près de la petite lèvre, ou beaucoup plus bas vers l'extrémité inférieure de la grande lèvre ou même au niveau du périnée (3). L'autre orifice s'ouvre dans l'anus ou bien atteint l'extrémité inférieure du rectum : le trajet a donc une certaine étendue, s'accompagne dans certains cas de décollements qui occupent l'épaisseur du périnée. On cite des exemples d'orifices intestinaux multiples. Dans un fait de Kelsey (4) il existait une fistule de chaque côté : la droite s'ouvrait en deux

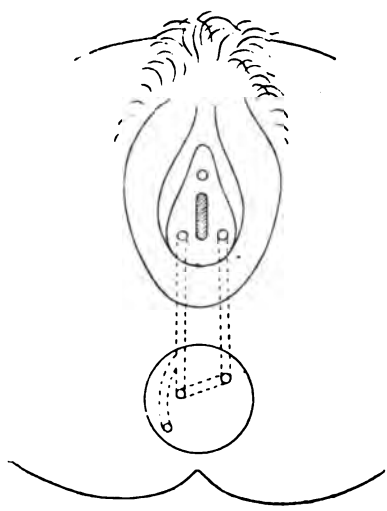


FIG. 76. — Fistule complexe ano-labiale (d'après KELSEY).

points sur la face antérieure du rectum, l'orifice rectal de la fistule labiale gauche était unique et communiquait avec le trajet opposé par un décollement sous-muqueux.

On a signalé, mais d'une manière exceptionnelle, la possibilité de perforations *vulvo-rectales* par un coït brutal. Aux deux faits de Spencer

(1) DE AMICIS. L'ascesso della glandola vulvo-vaginale e la fistula vulvo-rettale. *Giornale internazionale della Soc. Med. Napoli*, 1880, t. II, p. 58.

(2) TERRILLON. *Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences*, Reims, 1880, t. IX, p. 991. Voy. aussi CHEVALLERIAS. *De la fistule vulvo-rectale consécutive à la suppuration de la glande vulvo-vaginale*, Th. de Paris, 1880, n° 367.

(3) TERRILLON. *Loc. cit.*

(4) KELSEY. *Annual of the univers. med. Sc.*, Philad., 1890, t. III, D. p. 20.

Wells (1) et de Barton Hirst (2), nous pouvons en ajouter un troisième où la perforation fut certainement facilitée par la présence d'une malformation uréthro-hyménéale.

Obs. XLIX. — *Malformation génitale. Large fistule recto-vulvaire consécutive au coït.* B. P..., 18 ans, entre en fin décembre 1894 à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann. Cette malade a eu pour la première fois des rapports masculins à l'âge de 15 ans ; ses règles ne sont apparues que six mois plus tard. Pendant cet intervalle de temps elle a remarqué qu'elle perdait quelques matières intestinales par devant. Cet écoulement a progressivement augmenté et actuellement une bonne partie des fèces sortent par la vulve. C'est cette augmentation continue de la déperdition fécale qui amène la malade à consulter, car elle ne souffre aucunement.

État actuel. — Extérieurement la vulve est normalement conformée, mais en écartant les lèvres on constate une série de lésions :

1° Le méat urinaire est normal, mais il n'existe en arrière de lui qu'un centimètre d'urèthre, puis la paroi inférieure du canal manque. On reconnaît cependant sa muqueuse étalée à la différence d'aspect qu'elle présente avec la muqueuse vaginale avoisinante. En arrière, ce canal ouvert arrive à un orifice bordé de petits plis muqueux, et qui n'est autre que le col vésical.

2° Immédiatement en arrière de cet orifice, remplissant toute la vulve, on voit une muqueuse plissée rougeâtre qui n'est autre que la muqueuse rectale faisant hernie à travers une large perforation de la paroi postérieure de la vulve.

3° La muqueuse rectale réduite, on voit que le canal vulvaire se trouve allongé en arrière, qu'entre la perforation qu'il présente, perforation large de plusieurs doigts, à bords réguliers, située en arrière, et l'orifice du col vésical situé en avant, il existe un très petit orifice au milieu d'une membrane fibreuse, c'est l'orifice de l'hymen qui conduit dans un vagin, au fond duquel nous trouvons, après dilatation du petit orifice hyménéal, un col utérin normal.

4° Par le toucher rectal on constate que la région sphinctérienne est normale et que la perforation rectale se trouve immédiatement au-dessus.

Ces diverses fistules ano ou recto-vulvaires, par leur écoulement purulent et même stercoral, constituent une réelle infirmité.

Fistules recto-vaginales proprement dites. — La communication du vagin avec le rectum s'observe à la suite de causes assez diverses qu'on peut ranger sous quatre chefs : le traumatisme, la gangrène, la suppuration, l'ulcération.

(1) Bloomenthal. Recto-vaginal fistula ; septum ruptured at the consommation of marriage ; operation ; cure. *Medic. Times and Gaz.*, London, 1860, t. I, p. 61.

(2) Barton Hirst. Vulvo-rectal fistula from violence during first coïtion. *Americ. J. of obstetrics*, N.-Y., 1886, p. 83.1

A.— La fistule de cause traumatique peut être la conséquence de plaies intéressant la cloison recto-vaginale. On l'aurait observée, comme la recto-vulvaire et plus fréquemment qu'elle, à la suite d'une rupture déterminée par un coït brutal (1). Ce sont là des causes exceptionnelles, la plus commune est assurément l'accouchement : pendant le dégagement de la tête ou des épaules, le périnée subit une déchirure plus ou moins complète, atteignant ou dépassant le sphincter, puis une réparation partielle vient transformer cette large brèche en fistule.

B. — Exceptionnellement, la destruction de la cloison recto-vaginale se produit par le mécanisme qui donne lieu aux fistules vésico-vaginales, c'est-à-dire par gangrène résultant d'une compression par la tête fœtale, restée trop longtemps dans l'excavation pelvienne. Cependant de tels faits existent, ils s'accompagnent d'ordinaire d'une destruction simultanée de la cloison vésico-vaginale (2). Nous avons observé une femme chez laquelle on avait laissé la tête plus de quarante heures dans l'excavation pelvienne : il n'existait plus chez elle de paroi antérieure du vagin ni de paroi inférieure de la vessie; d'autre part, la cloison recto-vaginale et toute l'épaisseur de l'intestin en un point avaient été détruites par gangrène. Le rectum, en effet, présentait un rétrécissement cicatriciel ne laissant passer qu'une sonde cannelée; au-dessous du rétrécissement, une large fistule fécale aboutissait au fond du vagin. Le tissu de cicatrice s'étendait à la paroi pelvienne et avait englobé, comme nous avons pu nous en assurer dans une tentative opératoire, le nerf sciatique tout entier. Aussi cette malade offrait-elle tous les signes d'une névrite de ce nerf : douleurs névralgiques, impotence et atrophie de tout le membre, mais spécialement des muscles de la jambe, qui avait secondairement occasionné un équinisme prononcé du pied et une impossibilité de la marche.

(1) MUNDE. *Bost. med. and Surg. J.*, 1885; ZEISS, *Centr. f. Gyn.* 1885, etc. (on en trouvera la bibliographie dans BARTON HIRST, *loc. cit.*). Cet accident est, paraît-il, commun chez les jurments dans les pays d'élevage et engage la responsabilité de l'étalonnier.

(2) MONTEROS. *Du traitement des fistules urinaires chez la femme*, Th. de Paris, 1864, n° 139. Sur 126 fistules vésico-vaginales, l'auteur en trouve quatre compliquées de fistules recto-vaginales. PLAUCHUD. *De la coïncidence des fistules vésico et recto-vaginales*, Th. de Paris, 1875, n° 275.

C.— Toute espèce de suppuration développée entre le vagin et le gros intestin est susceptible de s'ouvrir dans l'une et l'autre cavité, tels sont certains cas de kystes dermoïdes ou de grossesses extra-utérines; tels sont encore certains cas d'abcès engendrés par un rétrécissement du rectum ou par une tuberculose péri-anale.

D.— La fistule recto-vaginale peut être la conséquence d'une ulcération de la cloison par corps étrangers, tels que des pessaires, ou succéder à un processus ulcéreux quelconque, une lésion syphilitique, un cancer du vagin ou du rectum.

Les fistules recto-vaginales trahissent leur existence par l'issue involontaire des matières fécales et des gaz; il en résulte une infirmité des plus cruelles qui engage les femmes à réclamer à tout prix une intervention.

On pratique aisément l'examen de la fistule en s'aidant du toucher et surtout de l'inspection directe au moyen d'un spéculum univalve appliqué sur la paroi antérieure du vagin, pendant que l'index introduit dans le rectum repousse en bas et déplisse la cloison recto-vaginale. L'état du vagin, du rectum et du périnée doit être naturellement exactement noté avant d'établir le plan opératoire.

Les fistules recto-vaginales siègent ordinairement sur la ligne médiane, à une distance plus ou moins grande de l'orifice antérieur du vagin. On les divise souvent, d'après Verneuil, en supérieures et inférieures; celles-ci, les plus communes, débouchent à 2 ou 3 centimètres en arrière de la fourchette : leur orifice vaginal est déprimé vers le rectum, très rapproché de l'orifice rectal qui est sus-sphinctérien, le plus souvent même confondu avec lui, de manière à constituer une véritable fistule ostiale.

L'état du périnée est très important à considérer ; il peut être presque intact, épais, charnu, ou se présenter plus ou moins aminci et déchiré, traversé de tissu cicatriciel.

Traitement. — Le traitement des fistules recto-vaginales présente des difficultés beaucoup plus grandes qu'on ne serait tenté de le supposer. Certes, la simple cautérisation du trajet ou des injections irritantes ont quelquefois suffi pour amener la guérison. Mais ce sont là des pratiques

qui n'ont que rarement donné des succès et seulement, dit Chrobak, dans des cas de fistules basses, ayant un trajet oblique et assez long (1).

Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, on est obligé de recourir à un traitement opératoire. Les procédés employés sont extrêmement nombreux. Nous les passerons successivement en revue, puis nous chercherons à poser les indications opératoires, très variables suivant qu'on se trouve en présence de telle ou telle variété de fistule, les fistules recto-vulvaires, par exemple, ayant un traitement différent des fistules recto-vaginales haut placées.

A. — Description des procédés opératoires. — Certains sont complètement délaissés. Tel le procédé de Maürer qui, pour fermer la fistule, transplantait un lambeau rectal; tel celui de Demarquay qui fendait l'anus et la paroi postérieure du rectum jusqu'au coccyx, puis faisait, par le rectum largement ouvert, l'avivement et la suture de la fistule.

Les échecs fréquemment survenus dans la cure de ces fistules, échecs attribués tant à l'insuffisance de l'avivement et aux difficultés de l'affrontement qu'au passage des gaz à travers la suture, ont été cause que les procédés sont extrêmement multipliés.

Les méthodes de *transplantation de lambeaux* n'ont guère été appliquées. Simon cependant aurait obtenu un succès en bouchant une fistule avec un lambeau pris à la portion vaginale du col utérin. C'est encore là un procédé d'exception. Nous en dirons autant des procédés qui abordent la fistule *par la voie sacrée* et qui ont abouti à deux insuccès entre les mains de M. Terrier (2) et de M. Heydenreich (3).

Les seuls procédés employés aujourd'hui peuvent être divisés en deux grandes catégories : 1° Opérations par le périnée; 2° Opérations par le vagin.

1° *Opérations par le périnée.* — Dès 1798, Saucerotte fendit le périnée

(1) Chroback. Ueber Mastdarmscheidenfisteln nebst Bemerkungen über die Perinealnaht *Wiener med. Blätter*, 1887, p. 841, 877, 908, 940, 1001 et 1037. Chroback insiste sur ce fait que, lorsqu'on fait des injections irritantes, il faut avoir soin de tamponner le rectum, sous peine de risquer de déterminer des douleurs intenses et un catarrhe rectal.

(2) Terrier et Hartmann. Une allusion est faite à ce cas dans un mémoire sur l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée. *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. II, p. 192.

(3) Heydenreich. *Annales de gynécologie*, Paris, 1894, t. II, p. 341.

et combina sa suture avec celle de la fistule (1). Ricord sectio
même le périnée, mais abandonna le travail de réparation à lui-mê
Demarquay (3), Rizzoli (4) recommandèrent aussi la section du p
Toutefois, pour voir nettement posée l'indication de la périnéorr
suivant immédiatement la section de la fistule et du périnée, il fa
ver à Richet (5) et à G. Simon (6), qui, vers la même époque, précon
cette pratique, l'un en France, l'autre en Allemagne. Plus réce
M. Ch. Monod s'est fait le défenseur de cette méthode (7).

La vulgarisation du procédé de dédoublement du périnée, sui
mode de Tait, ayant notablement simplifié et amélioré les opérati
périnéorrhaphie, le procédé, que nous venons d'indiquer, a par la
gagné du terrain.

Dans ces dernières années, l'un de nous (8) et, vers la même é
Sänger (9) ont, reprenant une pratique ancienne et oubliée d'A. Guér
utilisé ce dédoublement du périnée suivant le mode de Tait san
la section de toutes les parties sous-jacentes à la fistule. Ce déc
ment isolant l'un de l'autre les deux orifices, vaginal et rectal,
déplaçant l'un par rapport à l'autre, facilite leur avivement et le
tération. De plus, si l'on craint un insuccès, on peut laisser la plai
néale ouverte à la filtration des gaz. Si l'on échoue, on aura t
moins substitué à une fistule recto-vaginale une fistule recto-périn
cela sans faire courir à la malade les risques exceptionnels, il es

(1) SAUCEROTTE. *Mélanges de chirurgie*, Paris, 1801, p. 530.

(2) RICORD in MICHON. *Des opérations que nécessitent les fistules vaginales*. Th. de
1841, p. 224.

(3) DEMARQUAY. Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale. *Bullet
Société de chirurgie*, 28 octobre 1874, p. 560.

(4) RIZZOLI. *Clinique chirurgicale*, trad. franc., appendice, p. 140.

(5) RICHET, dans la thèse de son élève SERRES. *Des fistules recto-vaginales consid
tout au point de vue du traitement*. Th. de Paris, 1868, p. 61.

(6) SIMON (G.). *Vierteljahrsch. f. prakt. Heilkunde*. Prague, 1867, t. XCVI, p. 1.

(7) MONOD (CH.). De la cure des fistules recto-vaginales et recto-vulvaires par l'in
la périnéorrhaphie immédiates. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Pa
p. 46 et 132.

(8) QUÉNU. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1890, p. 595.

(9) SÆNGER. *Transact. of the Americ. Assoc. of obstetr. and gynecol.*, 1890, Phil
1891, p. 359.

(10) GUÉRIN (A.). *Éléments de chirurgie opératoire*, Paris, 6e édit., 1881, p. 718.

mais réels néanmoins, auxquels elle est exposée si la réunion manque lorsqu'on pratique la section complète antéro-postérieure du périnée.

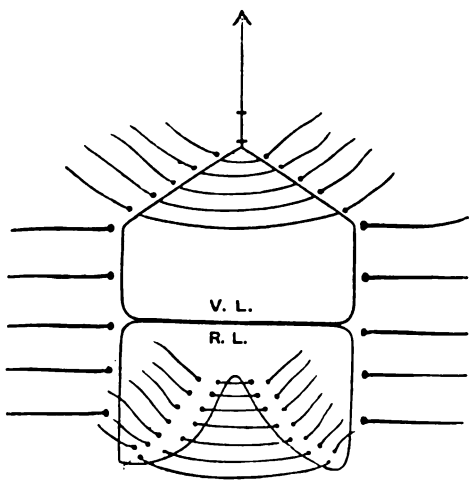


FIG. 77. — Procédé de Sänger par dédoublement du périnée.
Des sutures perdues sont placées, suivant le mode Lembert-Lauenstein, sur le lambeau rectal *R. L.* Des sutures superficielles sont placées sur le lambeau vaginal *V. L.*

Sänger ferme la fistule rectale par une série de sutures perdues passées suivant le mode de Lembert-Lauenstein; il ferme le vagin par des sutures à la soie et termine en plaçant des sutures comme d'ordinaire dans la périnéorrhaphie à lambeaux.

Pratiquant de même le dédoublement du périnée jusqu'au delà de la

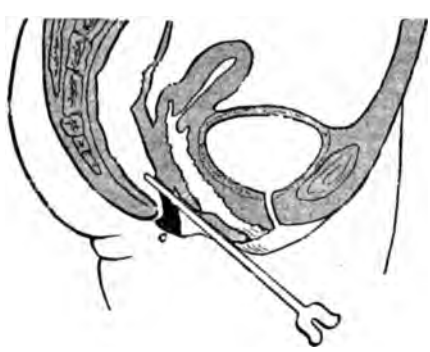


FIG. 78. — Procédé de Félizet. Après dédoublement du périnée on divise sur la sonde cannelée. le pont de tissu *c*, teinté en noir.

fistule, M. Félizet engage une sonde cannelée dans la fistule devenue

recto-périnéale et fend toute la partie du pont périnéal comprise entre l'orifice rectal et la peau (1).

2° *Opérations par le vagin.* — Le plus ancien traitement est l'avivement simple suivi de sutures. Comme il a souvent échoué, Schauta (2), au lieu de faire un simple avivement des bords de la fistule, conseille de tailler un large lambeau triangulaire, rappelant celui de la colporrhaphie postérieure de Hegar. La fistule, qui se trouve alors au centre d'une grande surface avivée, est fermée par un grand nombre de sutures qui ne perforent pas les tissus dans son voisinage immédiat, ce qui augmente les chances de réunion. Cette méthode a l'inconvénient d'exciser

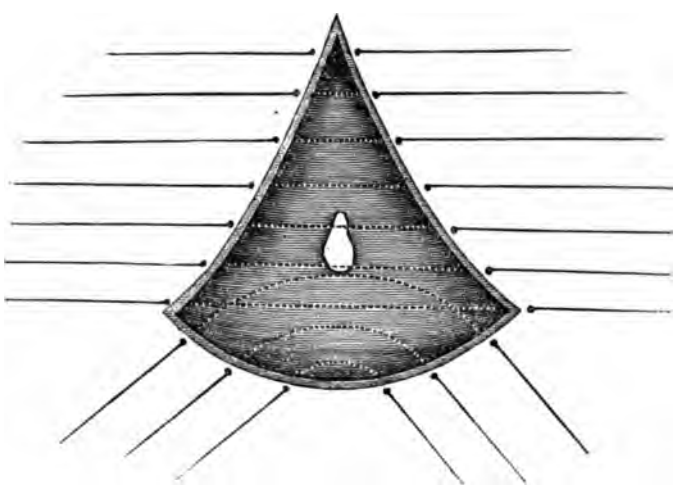


FIG. 79. — Procédé de Schauta (avivement triangulaire).

des tissus et d'en laisser moins que primitivement en cas d'échec. Aussi dans ces dernières années a-t-on cherché à substituer aux procédés d'avivement des procédés d'autoplastie par glissement de lambeaux.

Fritsch (3) fait sur la muqueuse vaginale une incision courbe (*a*) incision dont la partie convexe passe immédiatement au-dessus de la fistule (*b*), puis il dissèque un petit lambeau. Des extrémités de

(1) FÉLIZET. Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale. *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. I, p. 19.

(2) SCHAUTA. Uber Operation der Recto-vaginalfisteln. *Verdhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Gyn.* Munich, 1887, anal. in *Centralbl. f. Gyn.* Leipzig, 1886, p. 485.

(3) FRITSCH. Ueber plastische Operationen in der Scheide. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, t. II, p. 804.

cette incision il fait partir une autre incision (*d*) également courbe, mais passant au-dessous de la fistule. Le tissu cicatriciel (*c*), qui entoure la fistule, est excisé avec le reste de la muqueuse vaginale intermédiaire

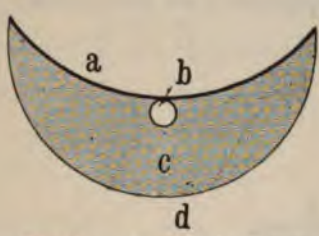


FIG. 80. — Procédé de Fritsch.

aux deux incisions, puis le lambeau glissé sur la fistule est suturé à la lèvre inférieure de la deuxième incision.

Récemment M. Le Dentu a imaginé un procédé qui se rapproche beaucoup du précédent (1) :

Avec un bistouri, il trace d'abord l'incision courbe ABC (fig. 81) en passant à plus d'un centimètre au-dessus de la fistule F, puis l'incision AF'C, en rasant le bord inférieur de la fistule, puis il avive la muqueuse

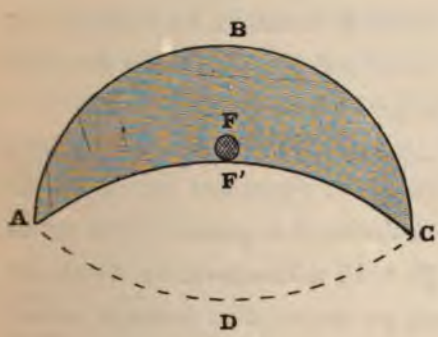


FIG. 81.

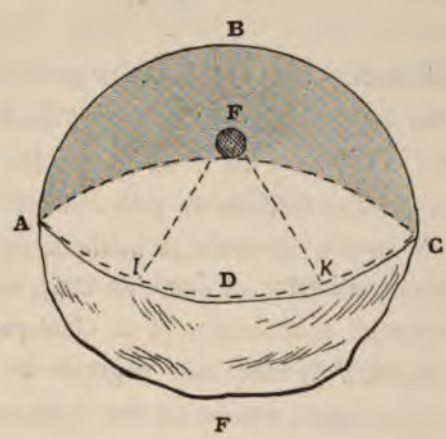


FIG. 82.

dans toute l'étendue du croissant compris entre ces deux incisions (partie ombrée). Il dissèque ensuite la muqueuse vaginale de haut en bas,

(1) LE DENTU. Procédé pour l'occlusion des fistules recto-vaginales. *Annales de gynécologie*, Paris, 1890, t. II, p. 336.

à partir de l'incisien AF'C jusqu'à la ligne pointillée ADC. Le lambeau AF'CD est alors remonté par glissement et adapté par sa face cruentée à la surface avivée ABCF. Pour éviter la formation d'un cul-de-sac à la base du lambeau, on supprime avec des ciseaux le triangle FIK et l'on

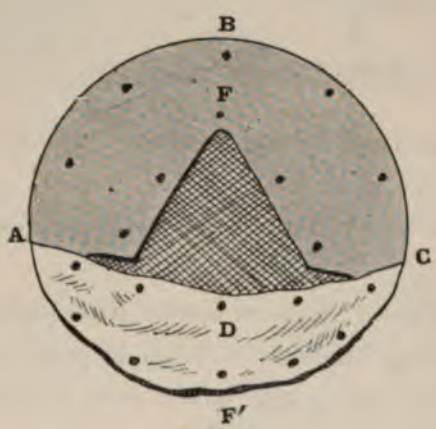


FIG. 83.

FIG. 84.

fait deux petits débridements sur la moitié des lignes AI et KC. Le rectum est alors largement ouvert au-dessous de la fistule. Le lambeau est fixé à l'aide de fils d'argent que l'on maintient avec des tubes de Gallie ou que l'on tord sur un petit rouleau de gaze iodoformée.

Sänger a recours à la méthode du dédoublement : il fait une incision d'un centimètre et demi de long, verticale et répondant par sa partie moyenne à la fistule, et il dissèque à droite et à gauche deux petits lambeaux de muqueuse vaginale de 12 à 14 millimètres. La fistule se trouve, après rétraction des lambeaux, au centre d'un losange avivé. Il fait alors trois rangs de sutures : un premier de sutures perdues à la soie fine, placé suivant le mode Lembert-Lauenstein, les deux autres vaginaux, l'un profond, l'autre superficiel (1). Puis il protège sa suture

(1) Ce procédé a été employé avec succès par BUREAU et VIGNARD. (Traitement de la fistule recto-vaginale par dédoublement et suture à étages. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1893, t. II, p. 585).

plaçant du côté du rectum, sans faire aucun avivement, quelques fils destinés simplement à faire un pli de muqueuse par-dessus la suture.

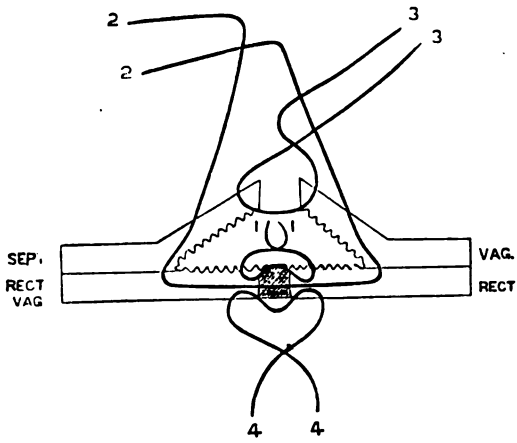


FIG. 85. — Procédé de Sänger, par dédoublement de la cloison.
1, 1, suture perdue de l'orifice rectal de la fistule. — 2, 2, suture vaginale profonde. — 3, 3, suture vaginale superficielle. — 4, 4, suture rectale de soutien.

B. — INDICATIONS OPÉRATOIRES. — D'une manière générale, les fistules recto-vulvaires (1) sont justiciables de la section des parties sous-jacentes, suivie de la périnéorrhaphie immédiate. Il en est de même des fistules recto-vaginales inférieures, d'autant mieux que la plupart de ces fistules succédant à l'accouchement, on aura le plus souvent affaire à un périnée entamé et aminci. Dans les cas où la sangle périnéale est en bon état, il est excessif de sacrifier le périnée, il faut alors recourir à une opération plus économique, le dédoublement du périnée suivi de la suture des orifices, rectal et vaginal.

Aux fistules petites et haut placées conviendront les méthodes de Fritsch et de Le Dentu, et aussi, sommes-nous tentés de dire, le dé-

(1) Les fistules ano-labiales rentrent dans les fistules recto-vulvaires. Le traitement de celles-ci leur est donc applicable. On a aussi proposé de les traiter par la ligature élastique (Terrillon, Kelsey, Taylor, etc.). Quelques chirurgiens n'incisent pas le trajet périnéal : une sonde cannelée étant introduite par l'orifice labial pointe au périnée, on pratique là une petite incision, on relève la sonde et on la passe de cet orifice périnéal dans l'orifice rectal. Tout le tissu chargé est sectionné : en un mot, on crée une fistule ano-périnéale (sur laquelle se branche la fistule labiale) et on traite la première comme une simple fistule à l'anus ; la portion labiale se cicatrise spontanément (TAYLOR, cité par KELSEY).

doublement du périnée qui peut être porté très haut affectant alo l'aspect d'une périnéotomie transversale (1).

Il est du reste des cas de fistules haut situées avec déchirure périné qui opératoirement se rapprochent de la fistule basse. Dans ces cas, aura soin de mobiliser dans une grande étendue et d'abaisser forteme la paroi antérieure du rectum.

Le choix du procédé opératoire doit résulter de l'étude complète de fistule, non seulement de son siège, de l'état du périnée, mais encore de l'existence ou de l'absence d'un trajet, de sa longueur, de sa direction.

Ainsi les fistules ano-vaginales dans lesquelles l'orifice anal de la fistule est *sous-jacent au sphincter* ne méritent guère qu'on sacrifie tout le périnée et une portion de cloison recto-vaginale. Il nous a suffi dans un cas semblable d'aviver l'orifice du côté de l'anus pour que la muqueuse vaginale libérée s'éloigne, en se rétractant, de la muqueuse anale et pour que tout le trajet soit avivé (2).

IV. — Fistules recto-urinaires

Les fistules recto-urinaires comprennent les fistules recto-vésicales, les fistules recto-uréthrales et les fistules recto-urétérales.

Les fistules *recto-urétérales* (3) ne nous arrêteront guère. Dans son tableau synoptique renfermant 31 cas de fistules urétérales (4), Biard ne cite qu'une seule fistule urétéro-intestinale et il s'agissait d'une communication de l'uretère non avec le rectum mais avec le duodénum (5). Si nous signalons en passant ces fistules, c'est qu'on a cherché à les réaliser chez l'homme dans un but thérapeutique. Küster (6), en effet, après Simon (7),

(1) On sait que, par la périnéotomie transversale, on peut atteindre jusqu'au cul-de-sac péritonéal sans difficulté. (Hartmann, *Annales de Gynécologie*, 1889, t. II, p. 368.)

(2) Quénu. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, p. 707.

(3) Dans certains vices de conformation les uretères s'abouchent dans le rectum en l'absence complète de la vessie, il ne saurait en être parlé dans ce chapitre.

(4) Biard. *Des fistules de l'uretère.* Th. Bordeaux, 1885.

(5) Cas de Bang, trouvaille d'autopsie.

(6) Kuster. *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, I. Observ. trad. par Albarran. *Tumeurs de la vessie*, Paris, 1892, p. 38.

(7) Simon avait à traiter une exstrophie de la vessie.

ayant pratiqué une cystectomie totale pour un cancer de la prostate, abouché l'uretère dans le rectum. Sa malade mourut de péritonite.

Les tentatives expérimentales de Gluck et de Zeller (1), de Bardenheuer, de Novaro (2), de Tuffier (3), de Morestin (4), de Chaput (5), etc., chez le chien, ne sont guère plus encourageantes que les résultats cliniques de Simon et de Küster. Aussi le rectum est-il abandonné pour le côlon (6) et mieux pour la vessie (7).

a) *Fistules vésico-rectales.*

Les fistules vésico-rectales ont été observées à la suite de traumatismes intéressant à la fois la vessie et le rectum, ou bien à la suite d'affections spontanées de l'un des deux réservoirs amenant leur communication réciproque soit par le mécanisme de l'ulcération, soit par la formation préalable d'un abcès intermédiaire.

Les observations de plaies communes au rectum et à la vessie sont en assez grand nombre; on peut en relever près de 78 cas dans la statistique de Bartels (8), mais le nombre des fistules traumatiques est bien moindre, soit que la mort ait suivi de près le traumatisme, soit qu'un travail de cicatrisation ait prévenu la formation d'une fistule définitive.

Ces plaies vésico-rectales ont été souvent occasionnées par des morceaux de bois, barres de fer (9), branches d'arbres ou bâtons quelconques,

(1) GLUCK u. ZELLER. Zur Frage der Nachbehandlung der Ureteren nach Exstirpatio Vesicæ. *Berlin. klin. Woch.*, 1881, p. 648.

(2) NOVARO. Sul trapianto degli ureteri nel retto. *Atti d. congr. d. Ass. med. ital.*, 1887, Pavia, 1889, t. II, p. 187.

(3) TUFFIER. La greffe des uretères dans l'intestin. *Annales des malad. des org. génito-urin.*, 1888, p. 241.

(4) MORESTIN. Greffe d'uretères. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 796.

(5) CHAPUT. De l'abouchement des uretères dans l'intestin. *Arch. gén. de méd.*, 1894, t. I, p. 1. La question de l'abouchement des uretères dans l'intestin est complètement traitée dans ce mémoire. — Voy. aussi HARVEY REED. Experimental research on the implantation of the ureters into the rectum. *Annals of Surg.*, Philad., 1892, t. II, p. 193.

(6) CHAPUT. *Loc. cit.*

(7) BAZY. De l'urétéro-cystonéostomie. Communic. à l'Acad. de méd., in *Semaine médicale*, Paris, 1893, p. 507.

(8) BARTELS. Die Traumen der Harnblase. *Archiv. für klin. Chir.*, Berlin 1878, t. XXII, p. 519.

(9) BOHOSIEWICZ. Ein Fall von Blasenmastdarmfistel beim Manne in Folge vorausgegangener Verletzung. *Wien. med. Woch.*, 1881, t. XXXVII, p. 297.

pénétrant par l'anus, ou bien encore par des coups d'épée, passant à ras du pubis ; mais la plupart résultent de coups de feu (60 sur 74 dans la statistique de Bartels).

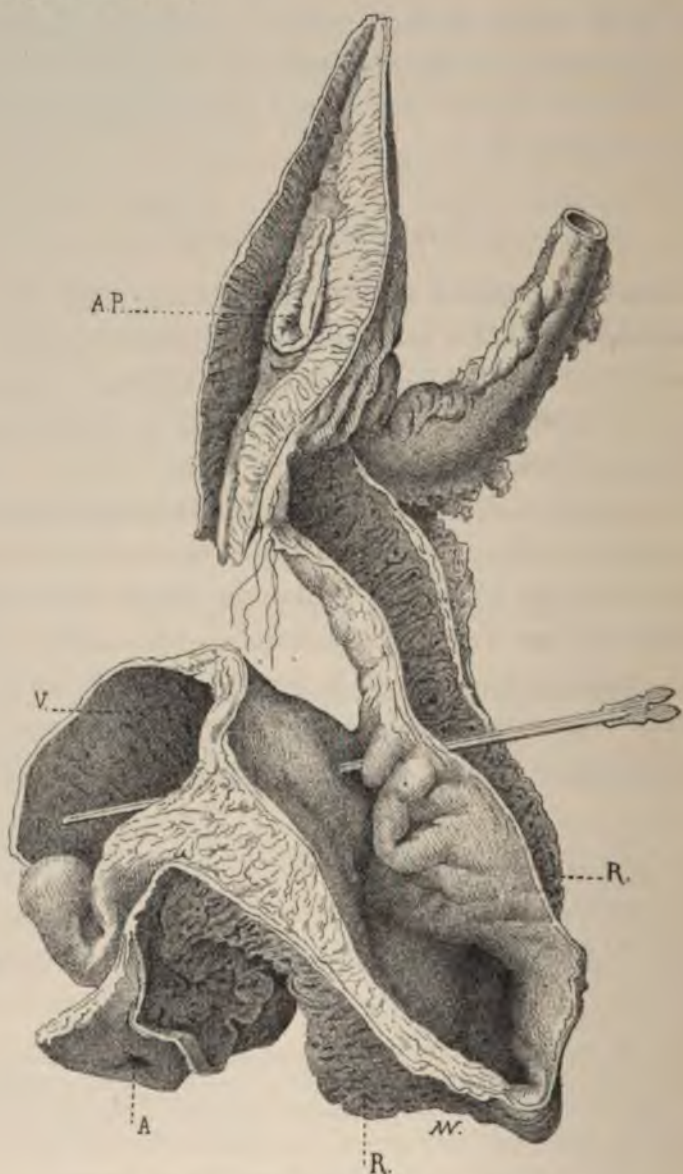


FIG. 86. — Fistule recto-vésicale (d'après HERCZEL).
A.P., anus contre nature. — *V.*, vessie. — *R.*, rectum.

La fistule ne s'établit pas toujours d'emblée, elle n'apparaît parfois

qu'à la chute d'une eschare (1), ou plus tardivement encore à la suite d'une complication amenée par la blessure (2).

On peut rapprocher des fistules traumatiques celles qui succèdent à une opération ou à un cathétérisme uréthral mal fait (Dittel en cite un cas) (3). Velpeau estimait à 20 p. 100 les cas de fistule à la suite de tailles vésico-rectales (4).

Les fistules non traumatiques ont été notées à la suite d'ulcérations du rectum (5), de la vessie (6), de néoplasmes malins (7), de corps étrangers, par exemple un calcul vésical (8) ou un corps pointu avalé par mégarde, tel le cas, cité par Dittel, d'une épingle avalée et arrêtée dans le rectum dont elle perfora la paroi antérieure pour traverser ensuite le bas-fond vésical; les abcès de la prostate, et spécialement les abcès tuberculeux, sont des causes importantes à signaler (9).

Dans un certain nombre de cas, l'altération vésicale, rectale ou prostatique avait primitivement déterminé la formation d'un abcès intermédiaire et secondairement la création d'une fistule recto-vésicale.

On conçoit qu'en de telles circonstances, le trajet fistuleux soit moins direct que lorsqu'après adhérences préalables, un processus ulcéreux a détruit les parois vésicales et rectales. Ballance (10) a observé, à la suite

(1) Cas de BAUDENS. *Clinique des plaies par armes à feu*, 1836, p. 367.

(2) Cas cités par BARTELS: SOCIN. Fistule soixante-trois jours après le traumatisme. *Kriegs chirurg. Erfahrung. in Karlsruhe, 1870 und 1871.* Leipzig. — LIVINGSTON. Fistule six ans après une plaie par arme à feu. *Proceedings of the N.-Y. Pathol. Society*, janvier 1866. — LARREY, Apparition de la fistule plusieurs mois après la blessure. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 360.

(3) DITTEL. Ueber Kommunikation zwischen der Darmrohr und den unteren Harnorganen. *Wiener med. Woch.*, 1881, t. XXXI, p. 261, 293 et 321.

(4) VELPEAU. *Nouveaux élém. de méd. opér.*, 2e édit., Paris, 1839, t. IV, p. 564.

(5) Ulcérations dysentériques ou ulcérations de petits diverticules rectaux (Herczel).

(6) MERCIER. *Gaz. méd.*, 1836, p. 257 et 273, rapporte un fait de fistule vésico-rectale à la suite d'un catarrhe chronique de la vessie; il se forme, dit-il, en pareil cas, de la rétention d'urine; les efforts amènent la production de petites hernies tuniquaires où l'urine séjourne. L'inflammation des parois vésicales qui en résulte se propage au rectum.

(7) Plus rarement, qu'on ne pense, 10 p. 100 d'après Herczel.

(8) Herczel fait observer que les calculs vésicaux sont la plupart du temps non la cause mais l'effet de la communication vésico-rectale, les particules fécales devenant facilement le centre d'une concrétion phosphatique. Il admet cependant l'étiologie calculeuse, témoin une observation qu'il cite. HERCZEL (E.). Beitrage zur operativen Behandlung der Blasenmastdarmfistel. *Beiträge zur klin. Chir.*, Tubingen, 1889, t. V, p. 690.

(9) BROCA. *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXIII, p. 143, et BOURSIER, Leçons sur les fistules vésico-rectales. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1885-86, t. XV, p. 443.

(10) BALLANCE. *Lancet*, London, 1883, t. I, p. 411 et 485.

d'une dysenterie devenue chronique, un rétrécissement du rectum qui se termina par un abcès et une fistule vésico-rectale. Chez la femme, la suppuration de la cloison recto-vaginale et les suppurations péri-utérines comptent parmi les causes les plus fréquentes des fistules qui nous occupent (1).

Malgré cette multiplicité de causes, la fistule vésico-rectale constitue une affection rare (2). Il n'en est aucune pièce dans la collection Guyon. Duplay n'a observé que le cas rapporté dans la thèse de Devin (3). Le professeur Guyon n'a publié aucune note, aucun fait sur ce sujet. Billroth (4) n'en a rencontré qu'un seul cas dans sa carrière. Ajoutons qu'il n'est pas toujours facile de s'assurer qu'une observation publiée appartient réellement aux fistules vésico-rectales, ou qu'il ne s'agit pas de communications anormales de la vessie avec l'oméga iliaque ou l'intestin grêle, d'autant que ces deux dernières sont relativement assez communes (5).

Sur 18 cas de fistules vésico-intestinales non traumatiques, dans lesquelles l'orifice intestinal a été découvert, cet orifice siégeait :

9	fois sur	le rectum,
4	—	l'S iliaque,
2	—	l'intestin grêle,
2	—	l'appendice vermiculaire,
1	—	le cæcum.

La seule pièce de fistule vésico-intestinale conservée au musée de Necker (6) est précisément relative à une communication de la vessie avec l'intestin grêle.

Sur les 63 cas de fistules vésico-intestinales rassemblés par Cripps (7),

(1) DUMÉNIL. Application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales. *Revue de chirurgie*, Paris, 1881, p. 241.

(2) Presque exclusivement observée chez l'homme, ce qu'expliquent aisément les rapports éloignés de la vessie avec le rectum chez la femme.

(3) DEVIN (L.) *Des fistules uréthro-rectales*. Th. de Paris, 1875, n° 251. Il s'agit d'une fistule à la fois vésico et uréthro-rectale.

(4) BILLROTH (T.). Fall von Blasen-Rectumfistel. *Chir. Klin.*, Berlin, 1879, p. 316.

(5) GUYON (communication orale).

(6) Observ. de GUYON, in Th. de BLANQUINQUE.

(7) HARRISON CRIPPS. *The passage of air and fæces from the urethra*, London, 1888.

25 fois seulement le rectum était intéressé. La communication de la vessie avait lieu : 15 fois avec l'anse sigmoïde, 12 fois avec l'intestin grêle, 5 fois simultanément avec l'intestin grêle et le côlon.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes sont la conséquence de la communication des deux réservoirs, stercoral et urinaire : l'urine passe dans le rectum, le contenu rectal, gaz et matières, passe dans la vessie.

L'écoulement par le rectum n'est pas continu, le sphincter anal suffit à la rétention de l'urine dans l'ampoule, au moins pendant un certain temps. Un malade, observé par E. Monod (1), gardait facilement ses urines pendant deux heures et au bout de ce temps il urinait en quantité à peu près égale par l'urèthre et par l'anus. Le passage des urines dans le rectum peut être le seul symptôme : Blanquinque (2) en cite quatre exemples.

Le plus souvent toutefois le contenu intestinal pénètre dans la vessie, les urines boueuses et fétides laissent un dépôt qu'il est intéressant d'analyser. On y rencontre parfois des débris alimentaires, tels que des fragments de végétaux ou de muscles striés entraînés jusqu'au rectum, des sels biliaires (3), etc.

Chez un certain nombre de malades, les gaz intestinaux pénètrent dans la vessie et sont expulsés avec l'urine (pneumaturie) en produisant un sifflement ou tout autre bruit plus ou moins éclatant.

L'émission des gaz par l'urine présente quelques particularités ; elle n'a lieu chez certains qu'à la fin de la miction ; chez un malade, cité par Dittel, ce n'étaient que les dernières gouttes d'urine qui s'échappaient avec bruit. Un autre malade éprouvait la sensation d'un vent lui traversant la vessie ; le médecin, l'ayant fait uriner devant lui, vit qu'à la fin de la miction, des bulles d'air sortaient en faisant un bruit comparable à celui d'un siphon d'eau de Seltz (4). Chez un malade, que nous avons

(1) E. MONOD. *Dict. encyclopédique.* Article : Fistules urinaires.

(2) BLANQUINQUE (P.). *Étude sur les fistules vésico-intestinales.* Th. de Paris, 1870, n° 169, et obs. de BOURSIER. *Loc. cit.* Cette particularité s'explique par l'obliquité du trajet fistuleux dans sa traversée intestinale ou vésicale.

(3) DITTEL. *Loc. cit.*

(4) On retrouve cette comparaison chez le malade de Demarquay. (Th. de BLANQUINQUE.)

observé, il se produisait une sorte d'éructation sourde à la fin de la miction.

Le contact de l'urine avec la muqueuse rectale, d'une part, et celui des matières intestinales avec le revêtement vésical, d'autre part, ne tardent pas à provoquer dans ces deux membranes une inflammation plus ou moins vive. Les altérations vésicales ont particulièrement de l'importance à cause de leur extension toujours possible et fréquente aux reins (1). Aussi, les pathologistes qui ont écrit sur ces fistules sont-ils unanimes à en proclamer la gravité. Elles sont graves d'une manière générale, non seulement parce que leur guérison s'obtient avec difficulté, mais parce que non guéries elles entraînent de réels dangers pour l'existence (2).

Blanquinque, dans une statistique qui porte sur 30 cas, donne : 4 guérisons, 5 états stationnaires, 3 morts de maladies étrangères à la fistule, 4 cas sans détails et 15 morts par abcès urineux, péritonite, suppuration, et inflammation du rectum ou de la vessie.

Cripps évalue à deux ans en moyenne la survie des porteurs de fistules vésico-rectales. Le pronostic est donc sombre; cependant il faut se rappeler que cette survie fut de 17 ans chez le malade de Demarquay, de 30 ans chez ceux de Cloquet et de Richerand.

Il importe en tous cas d'établir des catégories. C'est ainsi que le pronostic des fistules traumatiques est infiniment moins grave. Quelques-unes n'ont qu'une existence temporaire et guérissent spontanément et très vite, témoin la récente observation d'Hensgen (3) : Un garçon de 17 ans fit une chute sur le siège. Par la plaie, située à 5 centim. de l'anus et dont on avait retiré le corps étranger long de 15 centim., s'écoulèrent de l'urine et des matières fécales. On fit du drainage et on pansa avec la gaze iodoformée. Malgré quelques menaces de péritonite, la guérison survint en dix jours.

La guérison spontanée peut suivre même des fistules inflammatoires, comme le prouve le cas de Duchaussoy (4). En ajoutant à ce dernier les

(1) Cas de cysto-néphrite purulente cité par Blanquinque.

(2) La vie sociale est rendue pénible pour ces malades et chez eux le suicide serait fréquent. HERCZEL. *Loc. cit.*

(3) HENSGEN. *Deutsch. med. Woch.*, 1893, p. 592.

(4) Cité par DUMÉNIL. *Loc. cit.*

quatre cas notés dans la thèse de Blanquinque, les deux observations de Cauchois (1), celle de Guéniot (2), celle d'Hensgen, les cas de Simmons (3) et les deux de Venanti (4), nous obtenons un total de 12 cas de guérison spontanée.

Le diagnostic des fistules vésico-rectales repose sur la constatation de l'issue par l'urèthre de gaz ou de matières stercorales et sur l'issue d'urine par le rectum.

La pneumaturie n'est pourtant pas un signe pathognomonique. Elle peut être essentielle, indépendante de toute communication vésico-intestinale. Cette pneumaturie essentielle est fort rare et paraît appartenir exclusivement au diabète (5). On peut donc, avec l'un des signes précédents, admettre une communication anormale entre les voies urinaires et le tube digestif. Sur quel point porte cette communication ? Il existe des fistules unissant la vessie à l'intestin grêle ou à l'S iliaque (fistules vésico-intestinales), des fistules recto-vésicales, et des fistules recto-uréthrales.

Les deux premières variétés sont assez difficiles à différencier, à moins que l'orifice rectal de la fistule soit assez bas placé pour qu'on puisse l'atteindre par le toucher ou par l'inspection.

Les analyses chimico-microscopiques sont impuissantes en effet à établir la topographie de la lésion (6). On pourrait, en cas de doute, avoir recours aux injections colorées poussées dans la vessie, et mieux encore à l'injection que préconise Duménil d'une solution excessivement faible de perchlorure de fer dans la vessie, pendant qu'on introduit dans le rectum une éponge imbibée d'une solution de prussiate jaune de potasse à 1/500.

Le siège uréthral ne peut être affirmé d'après l'écoulement intermittent de l'urine par le rectum, puisque nous savons que, grâce au sphincter

(1) CAUCHOIS. *Assoc. franç. pour l'avanc. des Sc.*, Rouen, 1883, p. 801.

(2) GUÉNIOT. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1884, p. 718.

(3) SIMMONS (G.-L.). A case of vesico-rectal fistula, cured without operation. *Sacramento med. Times*, 1888, t. II, p. 104.

(4) VENANTI. Due casi gravisimi di fistale retto-vesicale guarite senza l'operazione chirurgica. *Raccoglitore med.*, Forli, 1886, p. 106.

(5) GUIARD. *France médicale*, 1883, t. I, p. 195. — ALEM. *Etude sur la pneumaturie.* Thèse de Paris, 1884-1885, n° 51.

(6) DITTEL a observé un jeune tuberculeux chez lequel des ulcérations avaient produit une adhérence et une fistule entre la vessie et le rectum. Il ne passait aucune matière, mais seulement des gaz par l'urine.

anal, cette intermittence s'observe aussi en cas de fistule vésico-rectale. Toutefois la difficulté pourrait être tournée en laissant à demeure pendant quelques heures une canule dans le rectum et en constatant la continuité de l'écoulement d'urine.

Lorsque la fistule est accessible, on doit en faire l'exploration à l'aide d'un spéculum ani, tenter l'introduction d'un stylet ou d'une sonde malléable, pendant qu'un cathéter est introduit dans le réservoir vésical (1).

Traitement. — L'indication première en présence d'une fistule vésico-intestinale est d'assurer l'évacuation vésicale à l'aide d'une sonde à demeure (2) ou par un cathétérisme systématique (Thompson), pendant qu'au moyen de lavements on cherche à désinfecter le mieux possible le contenu rectal. On peut encore utiliser certaines attitudes remarquées et indiquées par le malade et défavorables au passage des gaz dans les voies urinaires. Lorsque, malgré le temps écoulé depuis l'apparition de la fistule (s'il s'agit de fistule traumatique), aucune amélioration ne s'est produite, on est autorisé à recourir à une opération.

Diverses méthodes ont été essayées. Par l'une, qu'on pourrait appeler *indirecte*, on vise, en pratiquant une colotomie iliaque, à détourner le contenu intestinal de manière à permettre au trajet de s'oblitérer, n'étant plus traversé par des gaz ou des matières. Par l'autre (méthode *directe*), on agit directement sur le trajet fistuleux.

Méthode indirecte. — Appliquée pour la première fois par Pennell (3) en novembre 1849, pour une communication entre la vessie et l'S iliaque, la colotomie a été reprise ensuite par Holmes, Maunder (4), Heath (5), Bryant, etc. Elle a fait, en 1884, l'objet d'un mémoire de Duménil (6) qui

(1) Herczel conseille, dans les cas très rares de fistules vésico-rectales chez les femmes, d'inspecter la vessie au moyen de l'endoscope. Il cite en outre un cas de Czerny où la dilatation digitale de l'urèthre permit à l'index d'atteindre la communication fistuleuse.

(2) Cas de J.-L. Petit. Guérison après six semaines de sonde à demeure.

(3) PENNELL. A case of stricture of the rectum where an artificial anus was successfully established in the left lumbar region. *Medico-chir. Trans.*, Lond., 1864, t. XXXIII, p. 255, et XXXV, p. 477.

(4) MAUNDER. *British med. J.*, 6 mars 1869, t. I.

(5) HEATH (Chr.). *Med. Times and Gaz.*, London, 1873, t. I, 533.

(6) DUMÉNIL. Application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales. — *Rev. de chir.*, 1884, p. 241.

vait pu en rassembler 12 cas ; Monod (1) avait porté ce chiffre à 14 cas. ur ces 14, 8 fois l'amélioration de l'état général, et l'atténuation des ouleurs ont suivi l'intervention ; quelques malades ont été suivis cinq et ix ans (2), mais aucune guérison complète n'a été obtenue. La colotomie iaque est donc justifiée à titre palliatif (3) ; elle n'a pas jusqu'ici fait ses reuves comme méthode curative.

Méthode directe. — On applique à la communication de la vessie la hérapeutique générale des fistules cavitaires, en usant de l'avivement et le la suture.

Pour arriver jusqu'aux orifices, on peut suivre divers chemins ; on peut les aborder : 1° par le péritoine ; 2° par la vessie ; 3° par le périnée ; 4° par le rectum.

1° Czerny (4) paraît être le premier qui ait suivi la voie péritonéale. Le plan opératoire consiste à libérer les adhérences qui réunissent la vessie à l'intestin, à mettre à découvert chaque orifice et à le fermer par les sutures. L'exécution en fut très pénible chez le malade de Czerny, qui portait une fistule de la vessie avec l'S iliaque ; les sutures manquèrent, et neuf jours après les matières fécales apparaissaient de nouveau dans les urines. Deux mois après, Czerny fit une colotomie ; son malade succomba quinze jours plus tard. Le professeur Terrier a été plus heureux. Dans un cas de fistule intestino-vésicale, consécutive à l'ouverture d'un foyer suppuré dans l'S iliaque et dans la vessie, il put, par la laparotomie, aborder la poche intermédiaire, du volume d'une noix. Aucun orifice ne fut suturé, un drain fut simplement placé entre la vessie et l'intestin, immédiatement le passage des matières dans la vessie cessa et quelques jours plus tard la fistule stercorale extérieure se ferma spontanément à son tour (5).

2° Dans le procédé vésical, on ouvre la vessie par une taille hypogas-

(1) Monod (E.). *Dict. des sc. méd.* Articles urinaires, 5e série, vol. I, p. 437.

(2) Bryant. *The practice of surgery*, vol. I.

(3) Herczel conseille de la réserver aux fistules néoplasiques. Il importe d'établir un anus contre nature avec éperon, de manière à empêcher le plus possible les matières de passer dans le bout inférieur ; cette indication n'est pas toujours facile à réaliser, elle devient illusoire lorsque le trajet fistuleux s'étend de la vessie à l'intestin grêle, ou bien lorsqu'une fistule recto-vaginale existant bien réellement, un autre trajet relie le précédent à l'intestin grêle (cas de Duménil, *Rev. de chir.*, 1884).

(4) Observ. dans Herczel.

(5) Terrier et Hartmann. *Annales de gynécologie*, Paris, 1893, t. I, p. 417.

trique afin de découvrir l'orifice fistuleux et de le suturer. Thompso
Le Dentu ont proposé théoriquement cette thérapeutique ; nous ne
naissons pas de cas de fistules vésico-intestinales auxquels elle ait
appliquée. Herczel objecte assez judicieusement que les adhérence
la vessie au rectum doivent rendre bien difficiles les temps d'aviver
et de suture.

3° Le procédé périnéal s'adapte mieux aux fistules recto-uréthr
qu'aux vésico-rectales. Il est possible cependant qu'il trouve, dans cert
cas, son indication et qu'en dédoublant le périnée, en disséquant la
antérieure du rectum, on puisse atteindre l'orifice fistuleux (1).

On peut ranger dans les procédés périnéaux la section de la paroi a
rieure du rectum jusqu'à la fistule, ou opération de Desault ; elle a été
à exécution par Baudens (2). Le malade de Baudens était porteur d
fistule vésico-rectale consécutive à un coup de feu ; il guérit en deux m

La *voie rectale* est celle qui paraît avoir donné les meilleurs ré
tats. Thompson (3) se bornait à découvrir la fistule et à en cauté
les bords à l'aide du thermocautère. Il est préférable de chercher l'
tération fistuleuse par un avivement au bistouri et par la suture (4).

Marion Sims (5) aurait le premier fait, par le rectum, la suture d
fistule recto-urinaire consécutive à une taille. Il a été suivi dans
voie par Billroth (6) et par Simon (7).

Le premier échoua, le second réussit, en pratiquant un avivemen
forme d'entonnoir et en suturant à la soie. C'est également à l'avive
en entonnoir que Maas eut recours avec succès.

Herczel signale encore l'observation de Weinlechner (8) dont la gué

(1) ZUCKERKANDL. Ein neues Verfahren die Beckenorgane von Mittelfleische aus op
blossulegen. *Wiener méd. Press*, 1889, p. 252.

(2) BAUDENS. *Plaies par armes à feu.*

(3) THOMPSON. *Traité pratique des maladies des voies urinaires.*

(4) Nous avons fait pour la rédaction de ce qui suit de larges emprunts au mémoire i
sant d'Herczel.

(5) BAUER. Beitr. 2. Steinschnitt durch den Mastdarm. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin
Bd. III, p. 158.

(6) BILLROTH. *Chir. Klin.*, Berlin, 1879.

(7) SIMON. *Ueber künstliche Erweiterung*, p. 118.

(8) WEINLECHNER. Zur Kasuistik der Blasenmastdarmfisteln. *Allgem. Wiener med. Z*
1887, n° 31.

nécessita treize mois et demi, et enfin l'observation de Czerny qu'il rapporte tout au long. Il s'agissait d'une plaie par un bâton ayant pénétré par l'anus et perforé la vessie. L'orifice fistuleux de la paroi antérieure du rectum admettait le doigt. Czerny commença par introduire dans la fistule une sonde utérine et dans la vessie un cathéter. La commissure postérieure de l'anus ayant été sectionnée pour se donner du jour, il aviva par le rectum tout le pourtour de la fistule dans l'étendue d'un centimètre, puis il excisa en profondeur les parois fistuleuses de manière à obtenir un avivement en entonnoir. Pour cette excision il se servit de ciseaux courbes. Trois sutures profondes au catgut, quatre sutures superficielles à la soie suffirent à l'oblitération parfaite. On ne mit pas de sonde à demeure. Au bout de trois semaines, les points de suture à la soie furent enlevés sous le chloroforme, et dix-sept jours après, soit trente-huit jours après l'opération, la guérison était complète.

Nous avons cité cette opération de Czerny comme type à recommander. Malheureusement ce procédé n'est pas toujours applicable en raison de la hauteur de la fistule. Herczel prétend que par la voie sacrée on pourrait aborder ces fistules hautes; la tentative mérite d'être faite assurément, mais sans qu'on puisse s'en dissimuler les difficultés. Enfin, dans les cas que le chirurgien jugerait inopérables par les voies que nous venons d'énumérer, et en particulier dans les cas de fistules par néoplasmes, il resterait comme ultime ressource le traitement palliatif par la colotomie (1).

b) *Fistules recto-uréthrales.*

Les fistules recto-uréthrales sont rares; leur étiologie se rapproche beaucoup de celle des précédentes.

Les unes succèdent à un traumatisme ou à une opération, les autres sont la conséquence d'une affection uréthrale ou rectale.

Nous pouvons citer, comme exemple de fistule traumatique, le cas

(1) A consulter en outre, sur la fistule vésico-rectale : KIRALYFI. Fist. recto-vesic. bei einer weiblichen kranken blasen Irrigation. *Pest. med.-chir. Press*, Buda-Pest, 1885, XXI, p. 861. — OPPENHEIM. Ein Fall von Blasenmastdarmfistel bei einem Manne. *Berl. klin. Arch.*, 1886, XXIII, p. 256. — RAINERI. Un caso di fistula retto-vesicale traumatica. *Osservatore*, Torino, 1889, t. XL, p. 445-450.

observé par Legueu (1) : Un enfant de 13 ans fit une chute sur une herse. Une des pointes de la herse s'enfonça dans l'anus. A la suite de cet accident la plus grande partie des urines s'écoula par l'anus, et au moment de la miction seulement. Le corps traumatisant peut pénétrer par l'urèthre; ce peut être un corps étranger, ou un instrument introduit dans un but thérapeutique, tel qu'une sonde, un cathéter. On a signalé la blessure simultanée du rectum et de l'urèthre, au cours de tailles latéralisées (2) ou prérectales.

A part les dégénérescences cancéreuses, les altérations du rectum donnent rarement lieu à une perforation de la cloison recto-uréthrale (3). Il n'en est pas de même de celles de la prostate. On peut dire que les suppurations de cette glande, et spécialement les suppurations tuberculeuses, sont le point de départ le plus habituel des fistules uréthro-rectales non traumatiques (4). Aussi l'ouverture uréthrale de la fistule occupe-t-elle le plus souvent la région prostatique, plus rarement la région membraneuse ; l'orifice rectal serait toujours situé plus bas que l'autre. Le trajet est plus ou moins flexueux, parfois bifurqué de telle sorte qu'une des branches gagne le rectum, et l'autre le périnée.

Symptômes et diagnostic. — Passage de l'urine par le rectum, passage par l'urèthre de gaz et de matières intestinales, tels sont les symptômes essentiels de ces fistules. La quantité d'urine qui s'échappe par l'intestin est variable. Un fait notable, c'est que l'urine n'est ordinairement expulsée par l'anus qu'au moment des mictions, ce qui différencie ces fistules des vésico-intestinales (5).

(1) LEGUEU. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 300.

(2) MAHOT. *Ruptures de l'urèthre*. Th. Paris, 1837, n° 113. — BÉRARD. *Dict. en 30 vol.*, p. 122.

(3) D'après DUPLAY, la communication permanente de l'urèthre et du rectum aurait été observée à la suite de certains abcès stercoraux d'origine hémorrhoïdaire.

(4) Quelle qu'en soit la cause, rétrécissements de l'urèthre, blennorrhagie, calculs, corps étrangers, etc., sur 77 suppurations prostatiques, Segond note 43 fois l'ouverture rectale. Sur ces 43 cas, 18 fois l'abcès s'était ouvert dans le rectum seulement, 21 fois il s'était ouvert à la fois dans l'urèthre et le rectum. (SEGOND. *Des abcès chauds de la prostate*. Th. de Paris, 1880, p. 89 et 90.) Il est vrai d'ajouter qu'en lisant les observations on voit que l'ouverture rectale n'a été le point de départ de fistule que d'une manière tout à fait exceptionnelle. Exceptionnellement, la fistule a été observée à la suite d'une cowpérite suppurée (cas de DEMARQUAY. *Union médicale*, Paris, 1874, t. XVIII, p. 2).

(5) On a vu toutefois des cas dans lesquels l'urine s'accumulait dans le rectum. Il suffirait,

On peut de même noter quelques variations dans l'issue par l'urèthre du contenu intestinal ; tantôt tout se borne au passage de quelques gaz, tantôt des corps allongés, des pépins, des fragments d'os avalés, le cérat introduit dans le rectum pour un toucher (1), sont entraînés dans le canal, y déterminant plus ou moins de désordres, plus ou moins de souffrances.

Lallemand a relaté l'histoire d'un officier de marine chez lequel le sperme était expulsé par l'anus (2) sans érection préalable. Chez d'autres, l'éjaculation s'accomplit entièrement par le canal uréthral.

Les fistules recto-uréthrales persistantes entraînent des complications tout à fait comparables à celles des fistules vésico-intestinales, bien que moins prononcées peut-être : la muqueuse intestinale s'enflamme, les malades sont pris de diarrhée, le sphincter perd de sa contractilité (3), la peau des fesses et du périnée s'excorie (4). D'un autre côté s'observent tous les signes d'un catarrhe vésical plus ou moins intense : la mort peut être la conséquence de ces complications entériques et vésicales.

Le *pronostic* des fistules recto-uréthrales présente donc une réelle gravité, accrue encore par leur peu de tendance à la guérison spontanée et les difficultés du traitement. Ici encore les fistules traumatiques ont un pronostic moins défavorable.

Le *diagnostic* repose sur la constatation des signes précédents ; il doit être soigneusement complété par l'examen local. La muqueuse rectale n'a plus sa consistance molle et souple ; elle est tomenteuse, épaissie, indurée par places ; à l'examen direct, elle apparaît rouge, inégale, excoriée ou hérissée de saillies bosselées sous lesquelles on peut découvrir l'orifice fistuleux. Celui-ci siège parfois au fond d'une dépression en cul de poule (5), à une distance de l'orifice anal variant de 2 à 4 centim. ; il est plus ou moins large, assez large même pour que le doigt rectal prenne contact avec le cathéter introduit dans la vessie. On devra toujours

pour parer à toute erreur, de placer une canule à demeure dans le rectum pendant une heure ou plus.

(1) SEGOND, cité par MONOD.

(2) Il en était de même dans l'observation de Gosselin, in BÉRARD. *Dict. en 30 vol.*, t. XXX, p. 122.

(3) Un malade de Richet (Th. de DEVIN) avait une diarrhée continuelle et de l'incontinence des matières fécales.

(4) LEGUEU. *Loc. cit.*

(5) Obs. de PINGAUD (Th. de DEVIN).

en pratiquer l'exploration à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un hystéromètre. Lorsqu'on place le doigt sur l'orifice et qu'on fait uriner le malade, il peut se faire qu'aucune urine ne s'échappe par le rectum.

Désormeaux a eu l'occasion d'appliquer son endoscope à un malade atteint de fistule recto-uréthrale et a pu de la sorte reconnaître le siège précis de l'orifice uréthral (1).

Traitement. — La première indication est de rétablir la perméabilité de l'urèthre quand elle est amoindrie ou supprimée (2). Si la fistule est étroite, on a quelque chance d'obtenir un bon résultat avec de simples cautérisations (3) effectuées par le rectum, sinon il faut recourir à une opération anaplastique.

Trois procédés principaux sont applicables.

Un premier n'est que l'application aux fistules recto-uréthrales du traitement américain des fistules recto-vaginales. Après dilatation de l'anus, on met à découvert, à l'aide d'une valve de Sims, la paroi antérieure du rectum et l'orifice fistuleux, on avive et on suture ce dernier (4).

Un deuxième mode opératoire n'est autre que l'opération de Desault (5). On sait que Desault conseillait, en cas de blessures du rectum pendant la taille, de fendre sur-le-champ les parties comprises entre l'incision périnéale et l'anus. Nous avons vu que Baudens et plus tard Simon avaient adapté ce procédé aux fistules vésico-rectales (6).

(1) Cité par COCTEAU. *Des fistules uréthrales chez l'homme*. Th. conc., Paris 1869, p. 29.

(2) Comme dans la très intéressante observation de Duplay (Th. DEVIN), où des calculs prostatiques ayant perforé et déformé la paroi inférieure de l'urèthre, s'étaient développés dans le canal, donnant lieu à une rétention d'urine et rendant le cathétérisme impossible.

(3) Un cas de GUYON, guérison après trois cautérisations au thermocautère, cité par MONOD. MADRUZZA (*Gaz. méd. de Paris*, 1858, p. 391) obtint une guérison en injectant dans la fistule une solution concentrée d'acétate de sesquioxyde de fer.

On peut aussi, comme l'a fait Thompson, essayer de la position couchée sur le ventre.

(4) Observations de DUPLAY et de PINGAUD (Th. de DEVIN), deux insuccès.

(5) V. plus haut, p. 227, *fistules vésico-rectales*. DESAULT, *Œuvres chirurgic.*, 1805, t. III, p. 299.

(6) Voici le manuel opératoire de Desault : Introduction par la verge d'un cathéter dans la vessie et d'une sonde cannelée dans la fistule périnéale. On enfonce celle-ci presque dans la cannelure du cathéter ; ensuite, à l'aide du doigt on conduit dans le rectum la même sonde par la fistule qui s'ouvre dans cet intestin, et, ayant retiré le cathéter et substitué au doigt rectal un gorgeret, on engage dans la gouttière de ce gorgeret le bout de la sonde cannelée, puis on divise au bistouri toutes les parties comprises entre cette sonde et le gorgeret rectal. « Nous avons eu, ajoute Desault, plusieurs fois l'occasion de traiter les fistules de cette espèce et nous avons suivi ce procédé, qui n'a jamais trompé nos espérances. »

L'opération de choix dans les cas de fistules recto-uréthrales nous paraît sans conteste, avec, cela va sans dire, les modifications que comporte la chirurgie moderne, celle d'A. Cooper (1).

Voici la description textuelle d'A. Cooper : « Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum et j'incisai, comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à deux tranchants dans le périnée entre la glande prostate et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urèthre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours naturel. »

L'opération d'A. Cooper a été depuis plusieurs fois exécutée et suivie de succès.

Dittel (2), en 1878, ayant à soigner un enfant de 16 ans, porteur d'une fistule recto-uréthrale consécutive à un cathétérisme exécuté au cours d'une fièvre typhoïde, fit au-devant du sphincter une incision semi-lunaire, et sépara le rectum de la prostate : il rencontra la corde cicatricielle due à la fistule, et la sectionna. Les deux ouvertures de la fistule furent de la sorte libérées et isolées ; on sutura celle du rectum au catgut, on cautérisa celle de l'urèthre ; un drain fut laissé dans la plaie périnéale. La réunion primitive échoua, mais la guérison définitive n'en fut pas moins obtenue en trois semaines.

L'opération présentée au Congrès français de chirurgie de 1889 (3), par Ziembicki, n'est qu'une variante de la méthode du dédoublement périnéal. Dans un premier temps, une incision fut menée du coccyx à l'anus, et de l'anus au raphé périnéal, et complétée par une incision circulaire. La portion extra-péritonéale du rectum fut disséquée,

(1) A. COOPER. *Œuvres chirurgicales*, trad. RICHELOT et CHASSAIGNAC, *Maladies des voies urinaires*, p. 575.

(2) *Loc. cit.*

(3) ZIEMBICKI. Une nouvelle méthode pour la cure des fistules recto-uréthrales, 4e *Congrès français de Chirurgie*. Paris, 1889, p. 209.

lions ne peuvent avoir lieu que dans la portion de rectum tapissée de péritoine. Ce sont de véritables raretés pathologiques. On les a observées dans deux conditions toutes spéciales :

1° Dans certaines appendicites ;

2° Au cours de complications particulières du prolapsus du rectum.

Dans quelques rares cas d'appendicites adhérentes au rectum, on a trouvé à l'autopsie une communication entre les cavités appendiculaire et rectale ; tel est le cas de Mac Carthy (1) : l'appendice était adhérent à la première portion du rectum, et son extrémité venait faire saillie, à la façon d'un mamelon, dans une petite cavité située sous la muqueuse. Cette dernière était à ce niveau perforée en deux places.

L'auteur suppose que quelque concrétion stercorale de l'appendice a ulcéré ses parois ainsi que celles du rectum, après avoir déterminé la formation d'un abcès ultérieurement ouvert des deux côtés.

Comme il est noté d'autre part que la muqueuse du cæcum (2) présentait une ulcération tuberculeuse, mais que celle de l'appendice était saine, on peut avec assez de probabilité en inférer que la lésion primitive était rectale et de même nature.

Ch. Ball (3), après avoir cité le cas précédent, en rapporte un personnel qu'il dit de même nature : « Un homme âgé de 40 ans fut admis à l'hôpital avec les symptômes d'une violente péritonite dont il mourut ; à l'autopsie on trouva l'appendice vermiforme très adhérent à la partie supérieure du rectum. Un abcès s'était formé au milieu des adhérences, et c'est sa rupture qui avait entraîné la péritonite » ; la communication recto-appendiculaire ne ressort en aucune manière de ce court récit.

La seconde variété de fistule recto-intestinale se rattache, avons-nous dit, à l'histoire du prolapsus. On sait que, dans les anciens prolapsus, la paroi antérieure du rectum, en s'invaginant de plus en plus, finit par constituer une poche tapissée de péritoine, poche dans laquelle se logent des anses d'intestin grêle constituant la hernie rectale ou hédrocèle de Uhde (4).

(1) Mac Carthy. A case of communication between the vermiform appendix and the rectum. *Trans. path. Soc.*, London, 1876, t. XXVII, p. 161.

(2) Celle de l'appendice était saine, dit l'auteur.

(3) Ch. Ball. *The rectum and anus*, London, 1887, p. 104.

(4) Uhde. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1867, Bd. IX, p. 1.

Or, dit Esmarch (1), à qui nous empruntons toute cette description, quand une pareille hernie se trouve étranglée, soit par la contraction du sphincter et du releveur, soit par le fait d'un processus inflammatoire, la mort est la conséquence habituelle de cet accident. Mais dans quelques cas rares « la partie étranglée de l'intestin se gangrène, s'ulcère, tombe, et il se forme un *anus præternaturalis in ano* », c'est-à-dire que la portion d'intestin prolabée s'ouvre directement dans le rectum.

On peut concevoir à priori que cette même terminaison puisse suivre les hédrocèles qui, sans être étranglés, se rompent et livrent passage à l'intestin grêle ; nous reviendrons sur ce point en étudiant les ruptures spontanées du rectum.

Nous ne pouvons que signaler à cette place les tentatives thérapeutiques qui, dirigées contre certaines fistules fécales, les entéro-vaginale par exemple, ont eu pour but d'aboucher l'intestin fistuleux avec rectum (2).

(1) ESMARCH. *Krankh. des Mastd.*, etc., p. 153.

(2) SCHRŒDER. In *Ziemssen's Cyclop.*, t. X, p. 531, cité par CH. BALL. — CHAPUT. *Traité chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 869, et de l'entéro-anastomose. *Arch. gén. de médeci* Paris, 1891, t. I, p. 543. — CASAMAYOR. *Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, t. IV, p. 1 — PETIT (L.-H.). De l'anus contre nature iléo-vaginal et des fistules intestino-utéri *Annales de gynécol.*, Paris, 1882, t. II, p. 401, et 1883, t. I, p. 14, 90, 290, 353 et 431. (Ce mém contient une bibliographie étendue.) — LAUWERS. Une observation d'anus vaginal de l'Ilia *Annales de gynécologie*, Paris, 1892, t. II, p. 118.

CHAPITRE VI

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

On a beaucoup écrit sur les rétrécissements du rectum ; tout n'est pas encore dit cependant et bien des points de cette question restent encore discutés. Les auteurs ont, à juste raison, l'habitude de distinguer dans les rétrécissements du rectum diverses variétés : les rétrécissements valvulaires, les spasmodiques, les périrectaux, les cicatriciels, enfin les rétrécissements inflammatoires, de beaucoup les plus fréquents et les plus intéressants.

Les rétrécissements valvulaires, tenant à l'exagération d'une disposition anatomique de la région, seront étudiés dans le chapitre des *vices de conformation.*

Nous laisserons de côté les *rétrécissements spasmodiques* dont l'existence est du reste contestée par la majorité de ceux qui ont étudié la question. Cripps, qui s'en est récemment fait le défenseur, admet qu'à la suite d'une lésion rectale, source d'irritation constante, il peut se produire une contracture des releveurs (constricteurs du rectum, comme on sait), et qu'à cette contracture peut succéder une rétraction fibreuse du muscle. En un mot, au cours de lésions rectales, on pourrait observer des modifications du releveur absolument identiques à celles qu'on constate dans les muscles de la cuisse, à la suite de certaines lésions du genou par exemple.

Les observations qu'il donne, ne sont malheureusement pour sa théorie nullement convaincantes. Si elles établissent, ce que nous admettons, qu'au début d'un rétrécissement la diminution de calibre du conduit peut

(1) Cripps (Harrison). *On diseases of the rectum and anus*, London, 2e éd., 1890, p. 222.

se trouver très exagérée par le spasme concomitant (1), elles ne prouvent nullement qu'au spasme succède une rétraction du muscle (2).

Quant aux rétrécissements spasmodiques purs, se laissant franchir un jour pour devenir infranchissables le lendemain, nous pensons qu'il est actuellement inutile de nous y arrêter ; il est évident qu'il ne s'est agi là que d'erreurs de diagnostic dues à des observateurs inexpérimentés, qui buttaient de temps à autre avec leur sonde contre un repli de la muqueuse rectale.

Le rôle du spasme nous semble donc devoir être limité aux cas où celui-ci complique un rétrécissement organique ; nous n'avons donc pas à écrire un chapitre spécial sur les rétrécissements spasmodiques (3).

I. — Rétrécissements périrectaux

Le rectum peut se trouver rétréci par le fait de tumeurs qui le compriment, ou encore par une coudure de l'intestin que maintient une adhérence péritonéale (4). Ce ne sont pas là, à proprement parler, des rétrécissements périrectaux. Sous ce nom, nous ne comprenons que les cas où il y a bien nettement une inflammation périrectale, faisant corps avec l'intestin lui-même. En pareil cas, le rectum, plus ou moins fusionné avec les tissus inflammatoires qui l'entourent, peut encore être coudé et la coudure maintenue par l'inflammation périrectale jouer un rôle dans la création du rétrécissement.

(1) Démontré par l'influence de l'anesthésie générale qui supprime ce spasme.

(2) Ball, qui admet la théorie du spasme réflexe et de la rétraction consécutive, donne comme argument ce fait qu'on voit certaines fistules s'ouvrir dans le rectum au-dessous du rétrécissement. Ceci indiquerait pour lui, que la fistule est le phénomène initial, les fistules secondaires aux rétrécissements s'ouvrant au-dessus de ce dernier. Ball oublie que les rétrécissements étant le plus souvent la conséquence d'une rectite, celle-ci existe aussi bien au-dessous qu'au-dessus du rétrécissement et peut très bien par les érosions, les ulcérations qui l'accompagnent, être, au-dessous du rétrécissement, le point de départ d'un trajet fistuleux. (*The rectum and anus.* London, 1887, p. 138.)

(3) Le seul spasme nettement observé est celui du sphincter qui accompagne la fissure douloureuse. Voir plus loin : *Fissure anale.*

(4) Un cas d'occlusion par coudure du rectum a été publié par l'un de nous. Il s'agissait d'une coudure maintenue par une adhérence péritonéale sur un rectum replié dans une excavation sacrée gigantesque ; la femme avait un bassin spondylolisthésique (Hartmann. *Annales de gynécologie,* Paris, 1894, t. II, p. 421.

aller à la garde-robe, difficultés qui ont été progressivement croissant jusqu'à la suppression complète.

Une limonade purgative combinée avec un lavement glycériné amène une évacuation et le 2 janvier 1895 nous constatons les symptômes suivants :

Le col est gros, mou et irrégulier; son orifice regarde en bas et en arrière ; il est porté en masse en avant et à droite, contre la symphyse ; le fond de l'utérus se trouve à un doigt à droite de la ligne médiane, à 3 centim. au-dessus du pubis, ce que l'on constate en imprimant au col quelques mouvements de bas en haut, les seuls conservés ; ceux de bascule et de latéralité, étant supprimés par suite de la présence d'une tuméfaction mal limitée qui double le cul-de-sac postérieur. L'induration qui double ce cul-de-sac s'étend à droite jusqu'aux parois de l'excavation ; à gauche, elle se trouve surmontée par une tuméfaction mal limitée, indolente, s'étendant jusqu'à la partie postéro-latérale de l'excavation.

Au toucher rectal, on trouve, encadrant la moitié antérieure droite de l'intestin, une sorte de bride saillante, du volume du petit doigt, se continuant avec l'induration du cul-de-sac postérieur. A son niveau la muqueuse rectale est saine. Cette bride franchie l'extrémité du doigt pénètre 2 centim. plus haut et se trouve arrêtée par une induration extra-rectale, située en avant et à gauche de l'intestin, sorte de croissant qui l'enserre et le rétrécit d'une manière telle que c'est à peine si l'extrémité du doigt peut s'y engager et permettre de constater l'intégrité de la muqueuse à son niveau.

Dans une observation de Stone Scott, il existait chez une femme, présentant des symptômes d'occlusion incomplète, un rétrécissement n'admettant même pas l'extrémité de l'index à trois pouces et demi au-dessus de l'anus (1). La laparotomie fit constater que l'utérus rétrofléchi adhérait par son fond à la partie gauche du sacrum, les annexes de ce côté étant transformées en une masse fibreuse. Le rétrécissement du rectum était produit par le ligament large droit qui, tendu et induré, enserrait étroitement le rectum. Sa section rendit au rectum sa perméabilité.

Chez l'homme, le rétrécissement du rectum peut être causé par une sorte de phlegmon chronique ayant pour point de départ une suppuration chronique de la prostate. Kirmisson et Desnos en ont publié des observations (2).

Il se produit peu à peu une masse fibreuse qui prend une forme semi-lunaire et tend à entourer complètement le rectum. La saillie très épaisse

(1) STONE SCOTT. *Medical Record*, New-York, 1893, t. II, p. 264.

(2) KIRMISSON et DESNOS. De la transformation fibreuse des tissus périprostatiques. Rétrécissements du rectum consécutifs. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, t. VII, p. 72.

qu'elle fait peut persister pendant longtemps sans cependant gêner en aucune façon le cours des matières.

Signalons enfin une dernière variété de rétrécissements périrectaux que l'on peut observer dans les deux sexes ; ce sont ceux qui succèdent à des abcès et à des fistules. Certes, le plus souvent, en présence d'une fistule et d'un rétrécissement, on doit penser que la fistule a compliqué le rétrécissement ; mais il y a des cas où la chronologie des lésions établit manifestement que l'abcès a été la lésion initiale. C'est là un point qu'a établi Henry Smith dans son Traité des maladies du rectum (1). Le rétrécissement est dû à l'induration scléreuse du tissu cellulaire péri-anorectal chroniquement enflammé. Cripps en relate une observation probante (2).

II. — Rétrécissements cicatriciels

Toute perte de substance, surtout si elle est considérable et si elle occupe une grande partie de la circonférence de l'intestin, peut être suivie d'un rétrécissement cicatriciel. C'est dire que les ulcérations, aussi bien que les traumatismes, pourront être, après cicatrisation, le point de départ de rétrécissements. Toutefois, la question n'est pas, en réalité, aussi simple qu'elle le paraît au premier abord.

Pour les ulcérations, comme une partie se cicatrise pendant que d'autres progressent, on trouve les rétrécissements combinés à des ulcérations. De plus, comme l'indique Esmarch, le rectum est, dans ces cas, si infiltré de produits inflammatoires, que, même avant que la cicatrisation ne commence, on trouve une diminution très notable de la dilatabilité de l'intestin. Le rétrécissement, en même temps qu'il est cicatriciel, est inflammatoire ; bien plus, l'importance de l'élément inflammatoire est telle qu'il prime la cicatrice. En fait, les cicatrices, rétrécissant le calibre de l'intestin, sont infiniment plus rares qu'on ne l'a dit. Ce qui prédomine, tout au moins dans la forme la plus commune de rétrécissement, celle du rétrécissement dit syphilitique, c'est l'hyperplasie du tissu sous-

(1) Smith (Henry). *Surgery of the rectum*, London, 1865, et 3e édit., 1871.
(2) Cripps (Harrison). *Diseases of the rectum and anus*, 2e édit., London, 1890, p. 230.

muqueux, aussi décrirons-nous ces rétrécissements avec les sténoses inflammatoires proprement dites.

D. Mollière mentionne, parmi les causes de rétrécissement de l'orifice anal, la cicatrisation des plaies qui suivent certaines destructions étendues de la région après des fièvres graves, ayant déterminé une sorte de gangrène locale absolument comparable au noma de la joue.

Les rétrécissements cicatriciels succèdent le plus souvent à des traumatismes, les uns accidentels, les autres chirurgicaux. Parmi les traumatismes accidentels, il nous faut mentionner les plaies, les déchirures par corps étrangers, soit introduits directement par l'anus, soit arrivés dans le rectum après avoir cheminé à travers toute la longueur du tube digestif, le corps étranger agissant autant par ulcération que par lésion traumatique directe de la paroi rectale.

Allingham, Curling, Cripps signalent, parmi les causes de rétrécissement, les violences exercées sur le rectum pendant l'accouchement ; il existe alors simultanément des lésions des parties voisines, en particulier du vagin; ces lésions, quelquefois très étendues, peuvent déterminer la production de masses fibreuses cicatricielles, extrêmement étendues. Tel était le cas dans l'observation suivante :

Obs. LII. — *Rétrécissement cicatriciel du rectum. Fistules recto et vésico-vaginales. Masse cicatricielle s'étendant jusque dans l'échancrement sciatique.* — E. M..., 27 ans, entre le 25 mai 1892 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu. Mariée à 18 ans, elle a eu trois enfants : premier accouchement normal ; deuxième accouchement en 1889, suivi de déchirure du périnée ; troisième accouchement le 13 avril 1892.

Au dernier accouchement la tête est restée engagée au détroit inférieur pendant trente-six heures. Au bout de ce temps, la sage-femme, qui la soignait, fit appeler un médecin. Celui-ci pratiqua l'embryotomie. Après l'accouchement il y eut une hémorrhagie abondante que l'on eut beaucoup de peine à arrêter.

Deux jours après, la malade constata que les urines et les matières fécales s'échappaient par le vagin. Elle avait, de plus, une déchirure du périnée. Depuis cette époque elle a toujours perdu ses urines et ses matières fécales s'échappaient par le vagin.

26 mai 1892. A l'examen on trouve :

1° L'orifice du vagin largement entr'ouvert; à sa partie supérieure on voit l'orifice de l'urèthre qui a son aspect normal, et la partie antérieure de la paroi supérieure du vagin qui est conservée.

2° Immédiatement au-dessous et remplissant le vagin dans le sens de son diamètre vertical, une masse rougeâtre qui appuie en bas sur la paroi inférieure du vagin et qui est la muqueuse vésicale saignant au moindre contact.

3° Au-dessous de la partie antérieure de la paroi inférieure du vagin qui a son aspect normal, traces de déchirures anciennes sur le périnée qui est en partie détruit. On voit par le vagin couler l'urine et sortir les matières fécales.

La sonde uréthrale, introduite dans le canal de l'urèthre, indique que la paroi inférieure de ce conduit n'existe qu'en avant sur une étendue de 1 centimètre et demi à partir du méat.

Toute la face inférieure de la vessie, toute la cloison vésico-vaginale est détruite. Le doigt engagé derrière l'orifice uréthral, pénètre dans la cavité vésicale et remonte en haut derrière la symphyse pubienne. Les parois supérieure, postérieure et antérieure de la vessie existent, mais toute sa base a disparu.

A 7 centim. au-dessus de l'orifice vulvaire, on sent, par le toucher, une bride cicatricielle, transversale, occupant la paroi inférieure du vagin et remontant de chaque côté, sur les parties latérales de cet organe. Cette bride saigne dès qu'on la touche.

Au-dessus de cette bride fibreuse, on sent que la cloison recto-vaginale est perforée. L'orifice, qui a la dimension d'une pièce de cinquante centimes, fait communiquer le vagin et le rectum. C'est par là qu'arrivent dans le vagin une partie des matières fécales.

Au toucher rectal on trouve, immédiatement au-dessus de la bride fibreuse signalée, un rétrécissement qui arrête le doigt. Ce rétrécissement répond à peu près à la perforation de la cloison recto-vaginale. Il y a, en ce point, faisant saillie sur la paroi postérieure du rectum, une sorte d'éperon qui dévie le cours des matières, si bien qu'une grande partie passe par le vagin.

La malade a, de plus, des signes de sciatique névrite.

En juillet, M. QUÉNU, voulant aborder le rétrécissement du rectum et la fistule recto-vaginale, fait une incision parasacrée. La masse cicatricielle s'étend jusqu'à travers l'échancrure sciatique. L'opération autoplastique semblant, dans ces conditions, offrir une gravité réelle chez cette malade débilitée, M. Quénu s'en tient là. Il propose à la malade d'établir un anus iliaque temporaire et de traiter ses diverses lésions lorsqu'elle sera remontée. Malheureusement, la malade quitte l'hôpital.

Il existe des faits nets de rétrécissements consécutifs à une blessure du conduit. Dans un cas de Curling (1), il s'agissait d'une fillette qui, à l'âge de 10 ans, était tombée, le siège portant sur le bouton de cuivre d'un podomètre, et qui souffrait quatre ans après d'un rétrécissement circulaire un peu au-dessus de l'anus. Dans un autre de Van Buren, le malade s'était déchiré le rectum en voulant avec un morceau de bois débarrasser celui-ci de son contenu. Enfin, on trouve mentionnée comme cause de rétrécissement, la lésion du rectum par une canule à lavement (2). Les brûlures de l'orifice anal peuvent aussi être suivies d'une sténose de l'orifice (3).

(1) CURLING. *Traité des maladies du rectum*, trad. franç., Paris, 1883, p. 759.

(2) CURLING, ESMARCH, etc.

(3) KROUSE (L.-J.). Proctoplastic operation for cure of cicatricial stenosis of the anus. *Medic. Record*, N.-Y., 29 octobre 1892, t. II, p. 506.

Ces diverses causes de rétrécissements cicatriciels sont toutefois exceptionnelles et il est plus fréquent de voir ceux-ci succéder à un traumatisme chirurgical. Le fait n'était pas rare autrefois à la suite des extirpations larges de fistules. Wiseman le mentionnait dès 1676. L'ablation circulaire des hémorrhoïdes avec l'écraseur linéaire a été aussi suivie d'un certain nombre de rétrécissements. Verneuil (1) en a publié une série d'observations. Plus récemment, on a signalé la production rapide de rétrécissements cicatriciels à la suite d'ablations d'hémorrhoïdes suivant le procédé de Whitehead, dans des cas où la réunion avait échoué (2).

Il n'est pas rare aujourd'hui de voir des rétrécissements se produire après les ablations de rectum par le procédé de Kraske.

Le traitement du prolapsus par les cautérisations profondes, suivant la méthode de Malgaigne, de Sédillot, de Bégin, a été suivi des mêmes accidents. Il en a été de même de la chute d'eschares après étranglement d'un prolapsus.

Enfin, on a signalé le développement de rétrécissements à la suite de lavements trop chauds ou de lavements contenant par erreur des liquides caustiques (acide nitrique, acide sulfurique). Dans un cas de Jeannel, il s'agissait d'un lavement de teinture d'iode pure (3).

Les symptômes et le traitement de ces rétrécissements cicatriciels se rapprochant beaucoup de ceux des rétrécissements inflammatoires, nous renvoyons pour leur étude à ceux-ci, ne voulant pas nous exposer à des redites.

Les seuls rétrécissements cicatriciels présentant un traitement spécial sont ceux de l'orifice anal. Nous renvoyons pour eux au traitement des atrésies anales (4).

(1) VERNEUIL. Physiologie pathologique et étiologie des rétrécissements qui suivent l'ablation circulaire des hémorrhoïdes. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1858-1859, t. IX, p. 304 et 317.

(2) BARTON COOKE HIRST. Stricture of the rectum following a Whitehead operation for hæmorrhoïds. *Medical News*, Philadelphia, 1894, t. I, p. 347.

(3) JEANNEL. Communication écrite.

(4) Voir dans la deuxième partie de ce traité : Des opérations pratiquées sur le rectum et l'anus.

avec la portion annulaire pour remonter plus ou moins haut dans l[illegible]e rectum. Une seule fois le rétrécissement commençait à 6 centim. d[illegible]e l'anus.

Dans la presque totalité des cas, on n'observe qu'un point coarct[illegible], 55 fois sur 59 au dire de Perret, 21 fois sur 21 dans nos 21 obser[illegible]-vations.

Ordinairement peu étendus en hauteur, ayant le plus habituellemen[illegible]t de 1 à 4 centim., ces rétrécissements peuvent s'étendre assez loi[illegible], jusqu'au delà de la limite du doigt. Hahn relate des cas où le rétréci[illegible]-sement remontait à 25 centim. et même, chez une femme, jusque dan[illegible]s l'S iliaque.

Nous avons noté cette grande extension des lésions chez un malad[illegible], dont le rétrécissement avait récidivé plusieurs années après une extir[illegible]-pation pratiquée par le professeur Terrier.

Obs. LIII. — *Rétrécissement du rectum. Rectotomies puis extirpation du rétrécissem[illegible]t. Récidive sous forme de rectite sténosante ayant pris une très grande extension.* — La p[illegible]-mière partie de cette observation a été publiée par M. Terrier (1).

Après l'ablation du rétrécissement, on avait noté, le 30 juillet 1889, que les sel[illegible]es étaient régulières et faciles, que, dans leur intervalle, il se faisait un écoulem[illegible]nt muqueux.

Un an après, le 4 juin 1890, le calibre de l'intestin est encore normal; il exi[illegible]ste quelques douleurs au moment des défécations, douleurs peut-être attribuables à ce q[illegible]u'à la partie postérieure il persiste un point ulcéré non cicatrisé.

Le 15 décembre 1893, le malade se plaint de suppurer et de perdre presque con[illegible]s-tamment ses matières. Il n'existe du contour anal que la demi-circonférence antérieu[illegible]re; celle-ci se continue avec une grande fente bourgeonnante qui va jusqu'au sacrum. C'[illegible]est vers la partie moyenne de cette fente que s'abouche le rectum. Son extrémité est rétré[illegible]cie au point de ne pas admettre le doigt.

Après anesthésie, M. Hartmann fend au bistouri l'anneau fibreux terminal du rect[illegible]um sur la ligne médiane postérieure. Le doigt peut alors pénétrer dans une sorte d'entonn[illegible]oir rigide, à direction verticale, se rétrécissant et s'indurant à mesure qu'on s'élève. U[illegible]ne bougie rectale n° 14 est arrêtée à 6 centimètres et demi; une bougie un peu moins gro[illegible]sse va jusqu'à 7 centimètres et demi; seule une bougie uréthrale n° 25 passe avec facili[illegible]té. Ce rectum rétréci et rigide semble partout adhérent, aussi renonçons-nous à pratiq[illegible]uer une nouvelle extirpation et proposons-nous au malade l'établissement d'un anus iliaq[illegible]ue, qu'il refuse.

Au cours de la rectotomie postérieure qu'il a pratiquée, M. Hartmann a excisé un p[illegible]etit fragment de la muqueuse rectale, dont l'examen histologique a été fait par M. Toup[illegible]r.

(1) F. Terrier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1891, p. 147.

Les fragments peu épais sont constitués par une muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié, avec de petits prolongements papillaires peu nombreux et une couche cornée assez épaisse. La couche profonde de l'épithélium malpighien repose immédiatement sur un tissu fibreux dense à fibres parallèles à la direction de la muqueuse et au milieu duquel on trouve très peu de cellules conjonctives.

Tout le reste de la coupe est formé par des faisceaux fibreux entremêlés de quelques faisceaux musculaires lisses dissociés par des fibres conjonctives. Le tout forme une paroi extrêmement dense.

Les vaisseaux sont très peu nombreux; les veines sont comme creusées dans ce tissu scléreux. Un des rares vaisseaux artériels, que nous rencontrons sur la coupe, présente une tunique moyenne qui se confond avec la tunique externe et semble avoir perdu tous ses éléments musculaires; sa tunique interne n'est pas épaissie.

Le degré de coarctation de l'intestin varie, depuis le rétrécissement que franchit facilement l'index jusqu'à celui qui ne laisse passer qu'une sonde de trousse. On n'a jamais signalé d'oblitération complète de l'intestin.

Sur une coupe on constate, *au niveau du rétrécissement*, un épaississement manifeste des parois de l'intestin. Il existe là une masse calleuse, épaisse de 4 millim. à un centimètre et plus, qui limite le calibre même du canal. La muqueuse qui le tapisse est confondue avec la masse fibreuse sous-jacente, on ne peut l'en séparer. Elle persiste cependant, bien que modifiée, dans la presque totalité des cas. C'est là un fait sur lequel a fort justement insisté le professeur Fournier. « Il n'y a pas de cicatrices, pas de pertes de substance au niveau même de la portion rétrécie. Tous les éléments normaux des tuniques rectales *forment un seul bloc* et sont confondus les uns avec les autres, confondus à ce point qu'il est impossible de les dissocier, même par la dissection la plus patiente et la plus attentive. Ils sont littéralement soudés par une sorte de gangue interstitielle qui semble les avoir fusionnés. La muqueuse, par exemple, existe bien, comme le démontre l'examen de la surface libre de l'intestin; mais cette muqueuse extrêmement épaissie, adhérente par sa face profonde, est absolument inséparable des tissus sous-jacents. Même à la coupe, on ne saurait la délimiter, car, infiltrée de produits néoplasiques, elle a subi une véritable transformation fibreuse qui la confond avec les autres tuniques intestinales, altérées de la même façon. »

En réalité, le maximum des lésions semble être dans la couche sous-muqueuse, et si la muqueuse se trouve immédiatement confondue d'une manière presque absolue avec le tissu fibreux sous-jacent, il n'en est pas de même des tuniques musculaires dont les fibres externes peuvent souvent être séparées de la masse calleuse sous-muqueuse, les fibres internes étant seules envahies par le processus scléreux.

Lorsque toute l'épaisseur des tuniques rectales a été envahie par le processus scléreux, celui-ci peut aller au delà et déterminer autour du rectum soit la formation de masses calleuses, soit plus rarement celle de masses fibro-lipomateuses absolument comparables à celles qu'on observe quelquefois dans les pyélites calculeuses, autour des bassinets chroniquement enflammés (1).

Obs. LIV. — *Rétrécissement du rectum. Fibro-lipome périrectal.* — Femme de 44 ans, entrée le 20 février 1886, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître le professeur Duplay, pour un rétrécissement du rectum. Cette femme, qui a eu une série de fausses couches successives de quatre et de cinq mois, entre 25 et 30 ans, a eu d'un second mari un enfant il y a sept ans et demi. Elle se plaint de troubles du côté du rectum depuis trois ans environ (selles difficiles, constipation durant trois à quatre jours, fausses envies, écoulement de sang et de pus par l'anus). Ces symptômes allèrent progressivement s'aggravant. Depuis cinq à six mois l'écoulement rectal est devenu plus abondant ; elle a des périodes de constipation qui durent jusqu'à dix-sept jours et se terminent par des vomissements, une débâcle et un état général grave. Elle a été traitée pendant un mois à Saint-Antoine par le passage de bougies.

Toute la marge de l'anus est occupée par un tissu d'apparence cicatricielle, avec quelques points pigmentés d'une façon exagérée. A la partie antérieure on trouve des condylomes ; dans l'intérieur du canal anal, de petites végétations papillomateuses. Deux orifices fistuleux, l'un immédiatement en avant de l'anus, l'autre sur la commissure postérieure de la vulve, conduisent dans le rectum au-dessous du rétrécissement.

Le doigt, introduit dans le rectum, rencontre des parties indurées sans épaississement notable, puis le canal se rétrécit au point que l'index s'engage sans pouvoir franchir.

Suppuration abondante par l'anus.

Léger ballonnement abdominal. Début d'eschare au sacrum. État général mauvais.

Le 24 mars 1886. Colotomie lombaire gauche par le professeur Duplay, avec l'aide de M. Hartmann.

La malade meurt le 3 avril.

A l'autopsie, on constate que l'anus artificiel avait été pratiqué sur une anse jéjunale. Il n'y avait aucun phénomène inflammatoire local. De vieilles adhérences péritonéales existaient au niveau de l'épiploon et du foie qui était d'apparence muscade. Tuberculose crétacée avec sclérose des sommets, surtout du droit. Emphysème pulmonaire.

(1) Hartmann. Lipomes du rein. *Bulletins de la Société anatomique*, 24 juillet 1885, p. 36

En ouvrant le rectum, on constate, à quatre travers de doigt au-dessus de l'orifice anal, un rétrécissement qui s'étend sur une hauteur de 5 centim. environ. A son niveau l'intestin fendu et étalé mesure une circonférence de 3 centim. Ce rétrécissement est régulier. La muqueuse est ulcérée dans toute sa hauteur ; l'ulcération, peu profonde, ne semble pas dépasser les limites de la muqueuse.

Au-dessous du rétrécissement la muqueuse rectale est vascularisée, offre une couleur foncée et quelques exulcérations de forme irrégulière. Les fistules ano-vulvaires s'ouvrent dans le rectum au-dessous du rétrécissement.

Au-dessus du rétrécissement l'intestin est sain, non dilaté.

Sur une coupe au niveau du rétrécissement, les tuniques rectales sont transformées en une masse calleuse qui se confond avec une masse fibro-lipomateuse qui arrive en certains points presque jusqu'à la muqueuse et qui mesure une épaisseur de quatre travers de doigt. Ce tissu fibro-lipomateux d'apparence feuilletée, à feuillets obliques en bas et en dedans, séparés par des travées fibreuses, occupe une bonne partie de la hauteur du rectum. Il atteint son maximum d'épaisseur au niveau du point rétréci. On y remarque par places de petits grains gros comme la pointe d'une épingle, arrondis, tranchant par leur apparence grisâtre sur le reste du tissu. En dehors, cette masse fibro-graisseuse n'a pas de limites précises, elle se fond en changeant de caractères avec le tissu cellulo-graisseux des parois de l'excavation.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, pratiqué par notre ami le Dr GILBERT, a donné les résultats suivants :

La tumeur est principalement constituée par des cellules adipeuses juxtaposées. Elle est sillonnée de distance en distance par des bandes scléreuses plus ou moins larges qui s'entrecroisent et par places se réunissent pour donner naissance à des îlots fibreux. Dans les îlots fibreux, dans les bandes scléreuses parfois, exceptionnellement en plein tissu graisseux, se montrent des artérioles, des veinules et de fines ramifications nerveuses. Les artérioles sont ordinairement pourvues de parois hypertrophiées ; leur tunique interne épaissie rétrécit leur calibre d'une façon notable ; leur tunique externe est dissociée par de petites cellules rondes dont les noyaux sont nettement colorés par les réactifs. Ces cellules rondes envahissent habituellement le tissu qui avoisine les artérioles en leur formant un véritable manchon et rarement se présentent sous l'aspect d'agglomérats isolés.

Les tuniques normales du rectum ont disparu sans laisser aucune trace.

A sa partie interne la tumeur est tapissée par une couche de tissu conjonctif riche en cellules rondes ou fusiformes et en vaisseaux capillaires ectasiés. Cette couche n'est point revêtue par un épithélium et ne possède ni glandes, ni fibres musculaires.

Au-dessous du rétrécissement, la muqueuse est le plus souvent malade. Elle est rouge, exulcérée, ou même quelquefois ulcérée ; elle a perdu sa souplesse, est rigide, manifestement épaissie, quelquefois semée de granulations ou même de véritables saillies, tantôt papillomateuses, tantôt molluscoïdes, pouvant prendre un grand développement (rectites sténosantes et proliférantes). L'anus est creusé d'ulcérations fissuraires, séparant les saillies d'un véritable bouquet condylomateux.

Au-dessus du rétrécissement, il n'est pas rare de voir une large ulcération qui occupe toute la circonférence du rectum et s'étend dans une hauteur de plusieurs centimètres, allant quelquefois jusqu'à 8 ou 10 centi... Cette ulcération, bien décrite par Gosselin, se fait en quelque sorte nappe, rarement par îlots et se termine supérieurement « d'une fa... brusque par un rebord festonné, au-dessus duquel la muqueuse repre... tout à coup son aspect naturel » (Gosselin). Elle se présentait avec ... caractères typiques sur une pièce que nous avons recueillie à l'amphithéâtre de Clamart.

Obs. LV. — *Rétrécissement tuberculeux à la jonction de l'ampoule et de la partie terminale du rectum. Large ulcération au-dessus du rétrécissement.* — Sur une pièce, provenant du cadavre d'une femme de 34 ans, trouvé à l'amphithéâtre de Clamart, on constate les particularités suivantes :

A 3 centimètres au-dessus de l'orifice extérieur de l'anus, le rectum est rétréci au point de ne pas admettre l'extrémité du doigt. Sectionné sur la ligne médiane postérieure, et étalé sur une planchette, il ne mesure en ce point que 1 centimètre et demi à 2 centim. de circonférence. Il semble qu'à ce niveau, dans une très petite hauteur, de 2 à 3 millim. tout au plus, il existe une sorte de bride fibreuse cicatricielle. Au-dessous de cette bride on trouve un petit pont muqueux limitant un trajet muquo-muqueux.

Au-dessous du rétrécissement, le canal anal présente son calibre normal. Quelques replis ressemblant à des hémorrhoïdes flétries se voient à la jonction de l'anus et de la peau. La muqueuse du canal anal a disparu. Au lieu de trouver les replis en nids de pigeon et les colonnes qui y existent normalement, on a une surface un peu inégale, et deux ulcérations de forme un peu irrégulière à bords décollés, à fond un peu inégal ; dans l'intervalle de ces ulcérations la muqueuse a un aspect assez lisse.

Au-dessus du rétrécissement existe une ulcération occupant toute la circonférence du rectum dans une hauteur de 8 centim., limitée supérieurement par un bord nettement découpé, à larges festons, non décollés, se continuant avec une muqueuse qui reprend immédiatement et dans toute sa circonférence ses caractères normaux.

Toute la surface de cette ulcération a un fond plat, finement granuleux. Il semble que l'on ait là une sorte de plaie plate, correspondant à une absence complète de la muqueuse.

Il existe dans les poumons des lésions de tuberculose pulmonaire, avec de grosses cavernes aux sommets. Le foie est gras. Les reins se décortiquent mal.

Dans le cæcum on trouve une ulcération tuberculeuse ; l'appendice est pris dans des fausses membranes ; le mésentère contient de nombreux ganglions caséeux.

L'examen histologique de la grande ulcération située au-dessus du rétrécissement, fait par M. Toupet, a montré qu'il ne s'agissait à ce niveau que d'une ulcération simple sans aucun caractère spécifique.

La muqueuse a complètement disparu, la sous-muqueuse persiste encore par places, sous forme de lambeaux conjonctifs mortifiés à la périphérie, présentant vers la profon-

deur des éléments embryonnaires se colorant par traînées dans les intervalles de faisceaux lâches qui commencent à se désagréger ; dans d'autres endroits la portion superficielle de la coupe est formée par la couche de fibres musculaires. Celles-ci sont désintégrées à la périphérie, mais plus profondément elles ne semblent pas notablement modifiées. De loin en loin, on voit une traînée d'éléments embryonnaires, qui s'en va parallèlement aux faisceaux musculaires, mais ces traces d'inflammation ne sont pas

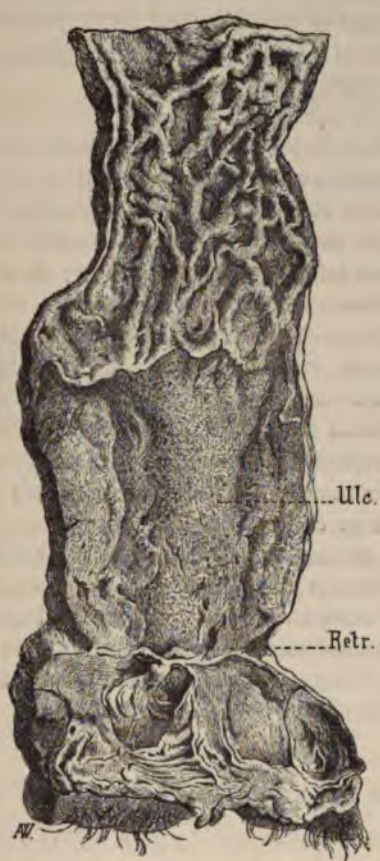


FIG. 87. (Obs. LV.) — Grande ulcération au-dessus d'un rétrécissement.

nombreuses, et elles ont complètement disparu au niveau de la couche musculaire profonde.

Il y a là une sorte de désintégration, de mortification progressive, bien plus que des symptômes inflammatoires.

En somme, mortification des couches, sans grande réaction inflammatoire.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE de coupes au-dessous et au niveau du point rétréci a été fai par M. SOURDILLE, qui nous a remis la note suivante :

La pièce est altérée ; elle se durcit mal, se coupe mal, se colore avec de grandes difficul-

tés. Cependant nous avons pu, après des passages dans des alcools progressivement renforcés, inclusion lente dans la celluloïdine et coloration très lente à l'hématoxyline de Delafield et au carmin de Mayer, obtenir des coupes suffisantes pour observer les lésions principales.

Au-dessous du rétrécissement, au niveau même de la portion sphinctérienne, une couche peu épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié recouvre un chorion muqueux papillaire sain. La sous-muqueuse, les couches musculaires lisses et striées ne présentent pas d'altération ; cependant, dans la sous-muqueuse, on trouve un nodule volumineux de cellules embryonnaires, dont le centre est entièrement caséeux. Les vaisseaux, artères et veines, n'offrent pas de lésions de leurs parois.

L'étude des portions correspondant au rétrécissement est plus intéressante. On constate tout d'abord que, dans toute l'étendue des préparations, existe une ulcération superficielle ; l'épithélium est complètement abrasé, et il devient par là impossible de savoir si cet épithélium était, avant sa chute, pavimenteux ou stratifié.

Les glandes en tube, le chorion muqueux, la muscularis mucosæ, ont complètement disparu. La sous-muqueuse est mise complètement à nu ; elle est très épaissie, et, dans ses couches superficielles, présente une infiltration généralisée, diffuse, de cellules embryonnaires ; elle est parcourue par de nombreux capillaires. Par places, on constate de petits nodules ramollis où existent des formations cellulaires rappelant des cellules géantes. Mais c'est surtout dans les couches profondes, au voisinage de la couche circulaire des fibres lisses que ces nodules se trouvent. Leur volume est très variable ; les uns sont composés de cellules embryonnaires prenant bien les colorants ; d'autres, plus volumineux, sont ramollis à leur centre et contiennent des débris de cellules géantes ; dans quelques-uns, on constate au centre un capillaire thrombosé. Autour des vaisseaux, des troncs nerveux, il existe un manchon épais d'infiltration cellulaire ; celle-ci se poursuit entre les faisceaux de la couche circulaire de la musculeuse pour atteindre la couche longitudinale. Entre ces deux couches, on voit, par endroits, les cellules rondes s'amasser et constituer de véritables gommes tuberculeuses à tous les degrés de leur évolution.

Dans cette portion, les tuniques vasculaires conservent encore une intégrité frappante, qui suffirait à éloigner toute idée de syphilis.

Il est des cas où la muqueuse se détache complètement, d'autres où le processus ulcératif peut même aller jusqu'à perforer en totalité la paroi de l'intestin.

Au lieu d'avoir une ulcération large, unique, immédiatement sus-jacente au rétrécissement, on peut observer des ulcérations multiples remontant haut dans l'intestin, jusque dans le côlon descendant, comme nous en avons rencontré un exemple.

Ces ulcérations paraissent résulter en partie du contact prolongé des matières avec la muqueuse. L'examen microscopique nous montre à leur niveau des éléments mortifiés ne se colorant plus par le picro-carmin. Il s'agit bien manifestement d'une mortification progressive des tissus.

Autour du rectum malade se déposent des masses calleuses, rarement du tissu fibro-graisseux. Ce qu'il y a de plus intéressant à y noter, ce sont des trajets fistuleux assez fréquents dans les rétrécissements du rectum. Ces fistules, qui partent souvent de la partie sous-jacente au point rétréci, vont généralement s'ouvrir à la peau, quelquefois dans les organes voisins, le plus ordinairement le vagin, exceptionnellement la vessie (1). Signalons enfin, pour terminer l'exposé des diverses lésions qu'on observe à l'autopsie des malades morts des suites d'un rétrécissement rectal, la fréquence des lésions tuberculeuses des poumons, les lésions inflammatoires du côté du péritoine, enfin la dégénérescence amyloïde de l'intestin, des reins et de la rate (2).

L'étude histologique des rétrécissements du rectum n'a guère été qu'esquissée jusqu'ici. A part quelques examens isolés de MM. Malassez (3), Panas et Valtat (4), Rendu et Pitres (5), Girode (6), Dor (7), Delbet et Mouchet (8) en France, de Huet (9), de Beer (10), de Brandis (11), de

(1) Ces fistules auraient, d'après Trélat, une physionomie spéciale. « Ce sont, dit-il, des fistules sèches, qui ne fournissent aucun liquide; presqu'aussitôt formé, leur trajet se cicatrise nettement, il est souvent très court et semble alors découpé à l'emporte-pièce. Ces fistules sont multiples ordinairement, séparées seulement par de petits ponts à bords irréguliers; elles intéressent la région inférieure au point rétréci, loin de la contourner pour s'ouvrir au-dessus de lui. » *Leçons de clinique chirurgicale*, 1891, t. II, p. 310.

(2) Cette dégénérescence amyloïde est mentionnée par HAHN, Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarmulcerationem durch die Colotomie. *Archiv fur klinische Chirurgie*, Berlin, 1883, t. XXIX, p. 795. — JULIUSBURGER (*Beitr. z. Kenntniss von den Geschwüren u. Strieturen der Mastdarms*, Th. de Breslau, 1884) la relève 21 fois sur 52 autopsies de rétrécissements chez des syphilitiques, et cela après élimination des tuberculoses concomitantes. Il regarde cette dégénérescence amyloïde comme de nature syphilitique.

(3) MALASSEZ. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1872, et *Dictionnaire encyclopéd. des Sciences médic.*, art. Rectum, 1874, p. 728.

(4) PANAS et VALTAT. Examen histologique d'un rétrécissement du rectum. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1872, p. 572.

(5) RENDU et PITRES, in DUJOL. Rétrécissement du rectum. *Bullet. de la Société anatomique*, Paris, 1875, p. 784.

(6) GIRODE, in QUÉNU. *Bulletins et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1891, p. 144.

(7) DOR, in GAURAN. *Des rétrécissements syphilitiques du rectum*. Thèse de Lyon, 1892, p. 21.

(8) DELBET et MOUCHET. Rectite hypertrophique proliférante et sténosante. *Archives générales de médecine*, Paris, novembre 1893, t. II, p. 513.

(9) HUET. *Behrend's Archiv.*, 1860, Neue Reihe, Bd. 2.

(10) BEER. *Die Eingeweidesyphilis*, 1867.

(11) BRANDIS. *Ein Fall von Dickdarmsyphilis*. Inaugur. Dissert., Kiel, 1884.

Verlhagen (1), de Sick (2) en Allemagne, nous ne trouvons aucun trava[illegible] d'ensemble sur la question.

L'étude, faite avec M. Toupet, d'une série de douze rétrécissements d[illegible] rectum extirpés soit par nous, soit par d'autres de nos collègues, nous [illegible] permis de constater quelques particularités intéressantes (3).

Un point nous a frappé dans l'examen de ces diverses pièces, c'es[illegible] l'extrême rareté de l'ulcération de la muqueuse au niveau même d[illegible] rétrécissement. La muqueuse conservée, fusionnée avec le tissu fibreu[illegible] sous-jacent, s'est transformée. Au revêtement épithélial cylindrique ave[illegible] glandes en tubes, s'est substitué un revêtement d'épithélium pavimenteu[illegible] stratifié, avec corps papillaire irrégulier. Cette substitution, que nou[illegible] avons déjà eu l'occasion de signaler dans les rectites chroniques, s'e[illegible] montrée à peu près constante dans nos examens. Elle a, du reste, é[illegible] déjà signalée incidemment par divers observateurs : Huet, Verlhage[illegible], Girode, Sick, Delbet et Mouchet. Macroscopiquement, elle se traduit dé[illegible] au toucher par une sensation de sécheresse bien différente de celle q[illegible] donne une muqueuse rectale saine. Dans quelques cas même on peut vo[illegible] se développer de grandes plaques allongées ayant absolument l'aspe[illegible] de peau à l'intérieur du rectum. Il existe une véritable *pachyderm[illegible] rectale*, comparable à la pachydermie laryngée de Virchow.

Obs. LVI. — *Rectite sténosante avec pachydermie rectale.* — X..., 31 ans, dentist[illegible], nous est adressé le 1er mai 1893, par notre ami le Dr Didsbury. Ce malade, qui a to[illegible] jours joui d'une bonne santé, a eu, à 19 ans, une première blennorrhagie ; à 19 ans [illegible] demi il a eu, sans cause connue, un bubon inguinal droit volumineux et n'ayant p[illegible] suppuré ; à 24 ans, deuxième blennorrhagie. Jamais il n'a remarqué d'éruption cutané[illegible], ni de plaques muqueuses. A part l'adénopathie inguinale non suppurée qu'il eut à 19 a[illegible] et demi et une chute temporaire des cheveux, il y a un an et demi, on ne trouve rien q[illegible] puisse éveiller l'idée de la syphilis, qui reste douteuse chez ce malade.

Les premiers symptômes du côté du rectum, remontent à l'âge de 23 ans, époque [illegible] il eut par l'anus des hémorrhagies abondantes, accompagnées de douleurs violentes.

A 25 ans, apparurent, au pourtour de l'anus, de nombreuses végétations présentant [illegible]

(1) Verlhagen (Carl). *Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwü[illegible]*. Inaug. Dissert., Greifswald, 1889.

(2) Sick (C.). Ueber Extirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung. *Jahrbüch[illegible] der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten*, 1890, Leipzig, 1892, t. II, p. 451.

(3) Hartmann et Toupet. Quelques points de l'anatomie pathologique des rétrécissements du rectum. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, décembre 1894.

volume notable ; il perdait à ce moment un peu de sang en allant à la garde-robe. Ces végétations furent excisées, cautérisées au nitrate d'argent et pansées avec de la poudre de calomel. A cette époque, on ne fit pas d'examen intra-rectal. Le malade se plaignait cependant de souffrir un peu au moment de la défécation et de maculer son linge de taches jaunâtres chaque fois qu'il était constipé, ce qui lui arrivait fréquemment.

A 26 ans et demi, sortant du service militaire et éprouvant toujours quelques troubles du côté du rectum, il se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié et entra dans le service du professeur Verneuil. Celui-ci, pratiquant le toucher rectal, constata la présence du rétrécissement et, vu l'épaississement des tissus au voisinage de l'anus, le regarda comme syphilitique. Il lui fit donner de l'iodure de potassium et, dix jours après

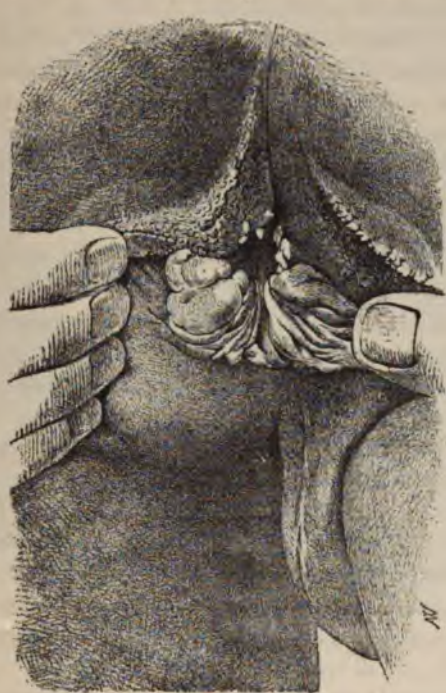


FIG. 88. (Obs. LVI.) — Rétrécissement ano-rectal avec hypertrophie des plis de la marge et productions papillomateuses.

son entrée, pratiqua une rectotomie. Le malade rentra chez lui bien portant et continua à suivre un traitement ioduré.

Un an après, il y a quatre ans par conséquent, il constata que de nouveau il perdait du sang ; la constipation était fréquente, mais il ne souffrait pas. Bientôt l'écoulement purulent reparut, et depuis ce moment il n'a fait qu'augmenter.

Depuis un an et demi, il existe des signes de rétrécissement avec incontinence partielle des matières. Les garde-robes sont très fréquentes, mais néanmoins les besoins ne semblent jamais complètement satisfaits ; dans l'intervalle des selles s'écoulent constamment des matières jaunâtres, liquides, qu'il ne peut retenir. L'abdomen devint progressivement douloureux, un peu ballonné, et le malade dut user presque constamment de

purgatifs. Depuis un mois, il n'a pas rendu une seule fois des matières solides ; par contre, il est fréquemment inondé par des masses purulentes, ichoreuses, qui sortent à l'occasion d'un vent et exhalent une odeur infecte.

11 mai 1893. Les fesses n'étant pas écartées, on voit à la partie postérieure du sillon interfessier un état papillomateux avec épaississement de la peau. L'orifice anal est caché par une masse du volume d'une noix, elle-même un peu papillomateuse.

En écartant fortement les fesses, on voit que dans la moitié antérieure de la circonférence anale, la muqueuse est lisse, saine, laissant voir des bosselures bleuâtres, hémorrhoïdaires. A gauche, la marge est occupée par une masse semblant répondre à une hypertrophie des plis de la région avec induration charnue, se limitant en arrière au niveau d'un point où la peau est papillomateuse. A droite on trouve, mais à un moindre degré, un épaississement analogue des plis de la marge. Sur la ligne médiane postérieure existe une sorte d'ulcération plate, un peu suppurante, qui, au niveau même de l'orifice anal, fait place à un état papillomateux. Ces diverses parties, d'apparence papillomateuse, sont formées de gros grains arrondis, consistants, agglomérés.

Quand on tire sur l'anus de manière à l'entr'ouvrir, on voit que les lésions se prolongent dans son intérieur ; la muqueuse ulcérée et végétante y est recouverte d'un exsudat muco-purulent.

Au toucher, le doigt pénètre sans difficultés ; il y a diminution dans le calibre de l'extrémité inférieure du rectum, mais ce rétrécissement n'est pas aussi considérable qu'on l'aurait supposé à priori. Ce qui domine, c'est une induration inégale des parties avec des dépressions allongées verticalement. Le rectum, au lieu de présenter au toucher sa consistance veloutée, souple et lisse, offre une certaine rigidité et une consistance de peau de chagrin très inégale.

Le doigt, introduit aussi profondément que possible, n'atteint pas la limite des lésions.

Le 20 mai, opération par M. HARTMANN. — Incision circulaire au pourtour de l'anus avec fente médiane postérieure. Ablation de toutes les parties indurées et rétrécies. Abaissement du bout supérieur et suture de la muqueuse à la peau. La suture a porté sur une muqueuse épaissie, rouge, chroniquement enflammée, mais sans rétrécissement du conduit. Si l'on n'a pas enlevé toutes les parties malades et si l'on s'est borné à dépasser les limites du rétrécissement, cela tient à ce que l'inflammation présentait une extension considérable et qu'on ne pouvait en déterminer les limites.

Suites opératoires sans incident. Nous engageons le malade, après sa sortie de l'hôpital, à passer de temps à autre une bougie de Hegar.

Le 22 octobre 1894, dix-huit mois après l'opération. — Ne souffre absolument pas, mais saigne quelquefois un peu par l'anus tous les douze ou quinze jours, quand il est très fatigué et seulement avec les garde-robes. Ne perd pas ses matières. Mais s'il ne satisfait pas ses besoins dans les quatre à cinq minutes, il perd les matières malgré lui. Ordinairement elles sont solides, plus épaisses au milieu, en lames sur les bords. Passe une bougie n° 28 tous les deux jours, commence chaque fois par deux numéros plus bas et laisse près de cinq minutes à demeure la dernière bougie. Il persiste toujours un peu de suintement, ce qui l'oblige à se garnir. L'écoulement n'est pas purulent, mais plutôt muqueux, très légèrement teinté de rose. Il disparaît le lundi lorsqu'il est resté au repos le dimanche. Depuis l'opération, soit depuis un an et demi, il n'a plus les inondations de masses purulentes et ichoreuses qui survenaient par crises avant l'opération. Toute la région anale est déformée, occupée par une large fente antéro-postérieure,

limitée en arrière par du tissu cicatriciel, se continuant en avant avec une dépression cutanée. C'est en arrière de cette dépression cutanée que se trouve reporté l'orifice de l'intestin. Celui-ci admet très facilement le doigt qui s'engage de toute sa longueur. On trouve une muqueuse un peu rugueuse, légèrement épaissie et sans induration marquée en aucun point.

Examen de la pièce enlevée. — Toutes les tuniques rectales sont fusionnées en une masse grisâtre, épaisse d'un centimètre et demi environ. Les lésions de la muqueuse rectale sont des plus curieuses. Il existe sur elle deux grandes plaques allongées suivant l'axe de l'intestin, de forme irrégulièrement elliptique, à contours nettement limités, saillantes par rapport aux parties voisines et offrant, sauf l'absence de poils et d'orifices glandulaires, un aspect identique à celui de la peau. Quelques points plus petits, également d'apparence cutanée, se voient en différents endroits. Dans l'intervalle de ces plaques, la muqueuse

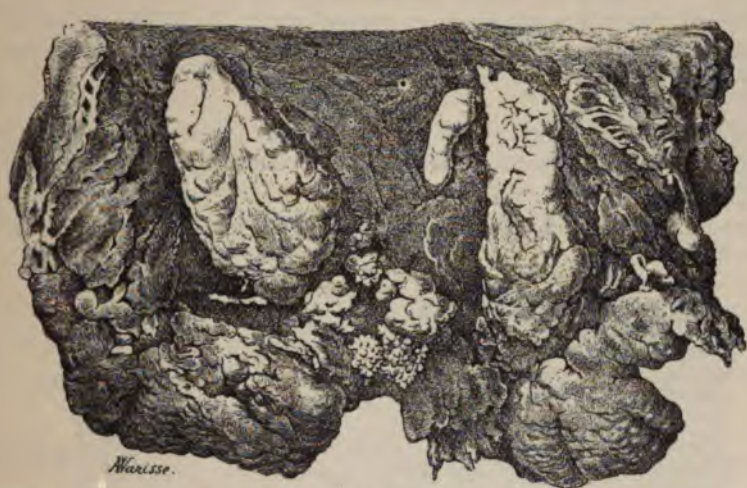


FIG. 89. (Obs. LVI.) — Rétrécissement avec pachydermie rectale. Sur ce rectum fendu et ouvert on voit, outre des productions végétantes, de grandes plaques cutanées.

présente des lésions très diverses. Rouge, exulcérée par places, elle végète en d'autres, les végétations affectant tantôt l'aspect de saillies molluscoïdes, tantôt celui de petits papillomes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. TOUPET. — Ce qui frappe à l'examen des coupes faites longitudinalement, c'est une hypertrophie de toutes les tuniques du rectum, et, à un faible grossissement, on voit immédiatement que ces tuniques, la muqueuse comme la sous-muqueuse, ne présentent pas leur aspect ordinaire. Si l'on suit la muqueuse depuis la région anale, on trouve l'épithélium pavimenteux stratifié se continuant jusqu'au-dessous du sphincter avec des prolongements papillaires plus ou moins longs et une couche granuleuse renfermant de l'éléidine en assez grande quantité. Brusquement, un peu au-dessus du sphincter, la couche cornée disparaît sur une étendue d'un ou deux centimètres sans être remplacée par la muqueuse rectale normale. A ce niveau, la surface de la coupe est constituée par la sous-muqueuse qui présente des caractères particuliers sur lesquels nous reviendrons.

Plus haut, l'épithélium pavimenteux reparaît d'abord peu épais, sans revêtement corné,

sans éléidine, et d'abord sans prolongements papillaires ; puis peu à peu on retrouve à peu près les caractères de l'épiderme, avec cette seule différence que l'éléidine est beaucoup

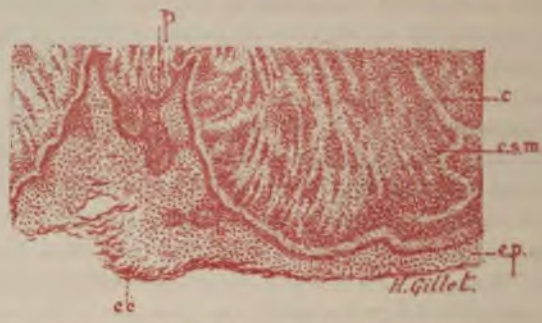


FIG. 90. (Obs. LVI. Préparation de M. TOUPET.)
Sur cette coupe, l'épithélium cylindrique est remplacé par de l'épithélium pavimenteux stratifié *e.p.*; avec papilles *P.*; la couche sous-muqueuse *c.s.m.*, est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse ; en *e.* un capillaire.

coup moins abondante et que la couche cornée est moins épaisse. Nulle part on ne voit de conduit glandulaire traversant ce revêtement. Ces lésions s'étendent jusqu'à l'extrémité de la coupe.

La sous-muqueuse est différente suivant qu'on l'examine à la partie inférieure, dans la

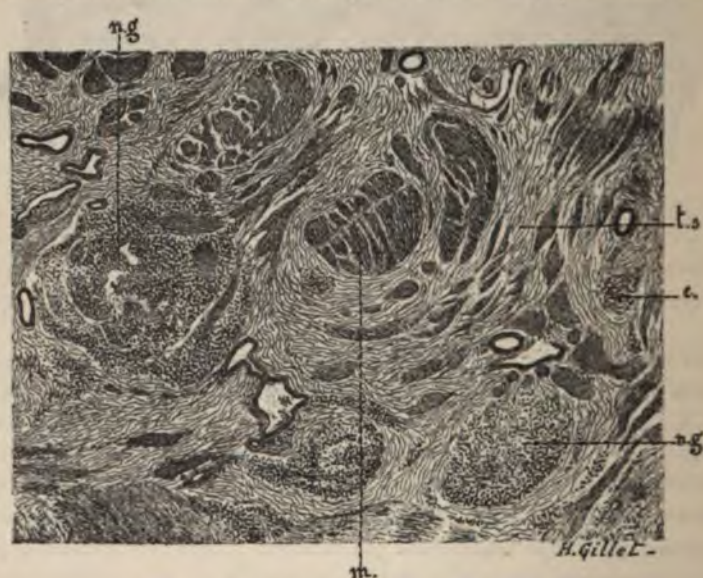


FIG. 91. (Obs. LVI. Préparation de M. TOUPET.)
Sur cette coupe, on assiste à l'envahissement du muscle par des nodules gommeux *n.g.*; des bandes scléreuses *t.s.* dissocient le muscle *m.*; *e.*, capillaire.

région anale, ou plus haut. Immédiatement au-dessous de la peau de l'anus, on ne voit qu'un tissu scléreux, creusé de lacunes veineuses remplies de sang. On ne trouve quelques éléments cellulaires que dans la partie qui avoisine la surface, c'est-à-dire

les papilles. Puis, peu à peu, à mesure qu'on s'élève vers le rectum, le tissu
eux est entremêlé de faisceaux musculaires lisses, peu nombreux d'ailleurs, et on
nence à voir des amas de cellules embryonnaires, les uns arrondis, les autres plus
oins allongés, et qui semblent sous la dépendance des vaisseaux. (Presque toujours il
n orifice vasculaire au centre.) En arrivant au niveau de la portion ulcérée, on trouve
ssu embryonnaire sur une épaisseur assez considérable, et ce tissu est parcouru par
rand nombre de vaisseaux à direction perpendiculaire à la surface en général.
tte zone embryonnaire a une épaisseur de 1 à 1 millim. 5. Au-dessous d'elle, on
uve des faisceaux musculaires lisses, coupés, les uns perpendiculairement, les autres
itudinalement. Le tissu scléreux est ici beaucoup moins abondant, mais, à la place
petits nodules embryonnaires, dont nous avons parlé tout à l'heure, on trouve de gros
s arrondis dont quelques-uns ne possèdent plus de vaisseau central; quelques-uns
mencent à se ramollir à leur centre, et ils sont bordés à la périphérie par une couche
euse. Ils ressemblent à de petites gommes miliaires.
ous ces nodules siègent à peu près au niveau de l'ulcération.
lus haut, là où reparaît l'épiderme décrit antérieurement, nous retrouvons, immédia-
ent au-dessous de l'épiderme, des éléments embryonnaires en assez grande quantité,
ersés par des canaux vasculaires moins larges qu'au niveau de la portion ulcérée. Puis,
essous de cette couche sous-muqueuse, des faisceaux de tissu fibreux entremêlés de
eaux musculaires avec prédominance de tissu fibreux dans les portions superficielles
e faisceaux musculaires à la périphérie.
i l'on examine attentivement les rameaux artériels compris dans la coupe, on voit qu'il
iste pas de lésion très marquée, au moins sur les portions que nous rencontrons. En
ains endroits, la tunique adventice est considérablement épaissie, et il semble y avoir
rocessus de périartérite assez marqué. L'endartère, au contraire, n'est pas épaissi et
résente pas ces végétations qu'on rencontre quelquefois dans l'artérite syphilitique.

Cette substitution d'un revêtement épithélial pavimenteux stratifié à
ithélium cylindrique normal de la région ne peut guère, croyons-nous,
xpliquer que par ce fait que l'épithélium cylindrique se mortifie, tombe,
se trouve remplacé par de l'épithélium pavimenteux venu du voisinage,
colonnes de Morgagni par exemple.

Sur les coupes d'un autre rétrécissement (1) nous avons pu suivre la
stitution d'un épithélium à l'autre au niveau des glandes de la région.
ns le goulot de la glande, on trouve des cellules allongées et semblables
elles de la couche profonde de la peau ; au-devant de cette couche on
uve des cellules polygonales possédant un ou même deux noyaux bien
rés. Au contraire, dans les culs-de-sac profondément situés existent
cellules en état de mortification, se colorant mal. Il paraît évident

(1) Voir observ. LVIII et fig. 93.

que l'épithélium cylindrique, dont on retrouve encore des restes, est sur le point de tomber et d'être partout remplacé par de l'épithélium pavimenteux stratifié.

Cette substitution de l'épithélium pavimenteux avec tous ses caractères (entre autres la production d'éléidine), à l'épithélium cylindrique, est un fait banal qui se rencontre dans toutes les variétés de rétrécissement. Au contraire, les lésions de la couche sous-muqueuse se présentent sous un aspect différent suivant les cas.

1° *Type inflammatoire diffus.* — Au-dessous de l'épithélium lorsqu'il est conservé, au-dessous d'une simple couche de cellules embryonnaires lorsqu'il y a ulcération, on trouve des nappes scléreuses, séparées par des traînées embryonnaires diffuses, envahissant la couche la plus interne des fibres musculaires, les dissociant et les étouffant sans disposition en nodules embryonnaires, sans altération des vaisseaux. Un type net de ces lésions nous est fourni par un malade, dont la rectite sténosante avait suivi l'ablation plusieurs années auparavant d'un rétrécissement (1).

2° *Type syphilitique.* — Dans celui-ci on trouve au milieu des plaques scléreuses des amas embryonnaires principalement disposés autour des lumières vasculaires. Par suite du rétrécissement progressif de la cavité du vaisseau, et de l'envahissement de sa paroi par les éléments embryonnaires, on voit la lumière diminuer peu à peu, pour disparaître finalement d'une manière complète. Ces lésions peuvent se systématiser soit autour des artères, soit autour des veines.

Obs. LVII. — *Rétrécissement syphilitique en virole à la jonction de l'ampoule et de la partie terminale du rectum. Lésions systématiques périartérielles* — M^me^ X..., âgée de 32 ans, nous est adressée le 15 février 1893 par notre ami le Dr Guilain, pour être traitée d'un rétrécissement du rectum. Cette malade nous raconte qu'à deux reprises différentes, il y a quinze ans et il y a dix ans, elle a contracté une blennorrhagie vaginale qui, la deuxième fois, s'est compliquée de métrite. A diverses reprises, elle s'est livrée au coït anal, sans en avoir éprouvé d'inconvénients autres qu'une fois l'apparition au niveau de l'anus de quelques gouttes de sang. Jamais d'hémorrhoïdes. A 21 ans elle eut, sur la partie supéro-interne de la cuisse droite, une ulcération que le professeur Paquet de Lille considéra comme un chancre induré. Quelques mois après elle eut des douleurs

(1) Voir p. 254, obs. LIII.

dans l'œil gauche, au pourtour de l'orbite, et dans toute la moitié correspondante de la tête. Ces douleurs persistèrent jusqu'au moment où elle consulta M. Cuignet, professeur d'ophtalmologie à Lille. Après six semaines d'un traitement consistant essentiellement en pilules à l'intérieur, tous les symptômes oculaires disparurent.

C'est il y a six à sept ans que sont apparus les premiers symptômes du côté de l'anus. Vers cette époque elle a souffert de phénomènes de rectite (envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; expulsion douloureuse chaque fois d'une petite quantité de muco-pus) ; un médecin, consulté à ce moment, crut à l'existence d'un abcès se vidant par l'anus.

Au bout de quelques mois, ces symptômes s'amendèrent, et la malade n'eut plus l'attention attirée de ce côté. Ils reparurent il y a trois ans, en même temps que se produisaient des modifications dans la forme des matières, qui prirent une apparence rubanée, aplatie. A part ce point un peu spécial, il n'y avait pas encore à proprement parler de difficultés dans les garde-robes, mais la malade avait des besoins fréquents qui n'aboutissaient souvent qu'à l'expulsion d'un peu de pus.

Peu à peu les symptômes de rétrécissement s'accentuèrent, tant et si bien qu'il y a deux ans elle subit un premier traitement consistant en dilatation du rétrécissement par le passage de bougies. N'ayant éprouvé aucune amélioration à la suite de ce traitement, auquel elle n'a du reste pas voulu s'astreindre d'une manière régulière, trouvant l'introduction des bougies douloureuse, elle entra, il y a un an, à la Maison de santé. Là, on lui fit, sous le chloroforme, la dilatation de son rétrécissement. Aucune amélioration.

Les symptômes ayant augmenté, la malade se décide à recourir à une intervention plus radicale.

15 février 1893. Les besoins ne sont plus aussi fréquents qu'au début, et la décharge purulente est notablement moins abondante, mais les selles sont des plus pénibles. La malade souffre de petites crises de rétention accompagnées de douleurs, de ballonnement du ventre. Elle n'arrive à évacuer le contenu de son intestin qu'avec des purgations suivies d'une série de lavements.

Rien à l'examen extérieur de l'anus qu'un léger écoulement purulent qui tache la chemise. Le doigt, introduit dans l'anus, rencontre, à 4 centim. environ au-dessus de l'orifice externe du canal, un rétrécissement d'apparence valvulaire, qui n'admet que la pulpe de l'index. Le petit doigt peut s'y engager, et cette exploration permet de constater que le rétrécissement a la forme d'une virole absolument régulière, haute de 3 centim. environ, lisse, mobile. Par la combinaison du toucher rectal et du toucher vaginal, on apprécie facilement l'infiltration correspondante de la paroi rectale qui donne la sensation d'un anneau caoutchouté, faisant corps avec cette paroi. Pas d'induration périrectale. L'exploration est douloureuse, et le doigt ramène un pus chocolat. L'appétit est en grande partie perdu, les digestions sont difficiles, la malade a notablement maigri.

1er mars 1893. Ayant fait entrer la malade à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître le professeur Terrier, nous l'y opérons avec l'aide de M. Guillemain, interne du service. L'anesthésie est obtenue par le Dr Bourbon, à l'aide du bromure d'éthyle puis du chloroforme.

Après avoir dilaté l'anus avec le spéculum de Nicaise, nous voyons le rétrécissement qui se présente sous l'aspect d'un diaphragme, contrastant par son apparence rigide et par sa couleur grisâtre avec le velouté et la mollesse de la muqueuse sous-jacente du canal anal. Nous le saisissons avec des pinces de Richelot, et, par des tractions douces, nous l'abaissons jusqu'au voisinage de la peau, l'invaginant pour ainsi dire dans le canal

anal. Sur le pourtour de ce rétrécissement ainsi abaissé, nous sectionnons circulairement les tuniques rectales, ce qui se fait sans la moindre hémorrhagie, l'abaissement et la coudure vasculaire, qui en résulte, suffisant pour assurer l'hémostase. Puis avec le doigt nous décollons le rétrécissement des parties voisines, absolument comme on le fait pour l'utérus dans le deuxième temps de l'hystérectomie vaginale, nous aidant au besoin des ciseaux ou du bistouri pour séparer quelques points plus résistants. Nous continuons ainsi jusqu'à ce que nous soyons parvenu au-dessus du rétrécissement ; à ce moment nous sectionnons les tuniques rectales et avons plusieurs jets de sang. Des pinces sont placées sur les points qui saignent, elles nous servent à invaginer plus complètement encore le bout rectal dans le cylindre conservé. A l'aide de quelques points de soie comprenant dans leur anse toute l'épaisseur des tuniques rectales, et noués après avoir traversé la peau de la marge de l'anus, nous assurons l'hémostase, en même temps que nous empêchons la réascension du bout supérieur.

Plaçant un gros drain dans celui-ci, protégeant la ligne de suture par des tampons iodoformés plats, nous recouvrons le tout de gaze, d'ouate, et maintenons par un bandage approprié.

La température reste normale jusqu'au huitième jour où, le soir d'une purgation, elle monte à 38°. Les fils, qui ont en grande partie coupé les tissus, sont enlevés le douzième jour ; le bout supérieur est du reste déjà remonté dans le canal anal. La guérison se fait sans incident, et le vingtième jour la malade quitte l'hôpital, allant à la garde-robe sans la moindre douleur, mais rendant encore un peu de pus par l'anus.

Le 2 avril nous la revoyons. Les garde-robes sont restées faciles, indolentes. Il y a encore un peu de pus par l'anus ; mais le rectum est largement perméable, et le toucher ne permet de constater que quelques petites inégalités sur la paroi antérieure du rectum.

En décembre 1893, le rectum suppure toujours un peu ; il existe à la partie antérieure, un peu au-dessus de l'anus, une petite bride cicatricielle. Nous conseillons à la malade de passer chaque semaine une bougie de Hegar.

Le 10 novembre 1894, la malade rend encore un peu de pus par l'anus. Les garde-robes ont toujours lieu normalement, même les liquides. L'anus a sa configuration extérieure normale. Au toucher rectal on trouve toujours à la partie antérieure la petite bride transversale constatée l'an dernier, aussi conseillons-nous à la malade de continuer à passer de temps à autre une bougie.

Le 12 janvier 1895, nous revoyons la malade, qui a continué à se passer de temps en temps une bougie de Hegar n° 29. Les garde-robes se font normalement ; l'état général est excellent. Il persiste du suintement purulent qui oblige la malade à se garnir. Au toucher le rectum est libre, on ne sent plus la bride antérieurement signalée, mais la muqueuse est rèche et a manifestement perdu son élasticité.

Anatomie pathologique du rétrécissement extirpé. — Réunissant les fragments du rétrécissement enlevé, on a une masse formant une sorte de cylindre dont la paroi mesure 1 centimètre et demi d'épaisseur environ. La lumière est bordée par un tissu un peu rèche au toucher, grisâtre. Sur une coupe, toute l'épaisseur du rétrécissement a le même aspect uniforme, grisâtre, assez ferme.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, fait par M. TOUPET, a donné les résultats suivants :

A la surface, on trouve dans une certaine étendue une couche cornée avec des rudiments de papilles et des cellules malpighiennes parfaitement reconnaissables.

coupées perpendiculairement, l'autre externe où les fascicules sont un peu irréguliers. Ces couches sont saines, et non envahies par le processus fibreux. On n'y trouve que quelques nodules périartéritiques. D'ailleurs, nous n'y avons pas de coupes de gros vaisseau.

Dans ce cas, les lésions se sont systématiquement développées autour des artères. En même temps que l'on constate l'accumulation, autour de celles-ci, de nodules embryonnaires, on voit sur l'endartère des lésions qui rappellent absolument, par leur aspect, les caractères assignés à l'endartérite syphilitique. De l'endartère partent des végétations arrondies, quelquefois creusées de cavités, atteignant une épaisseur égale ou supérieure à celle de la tunique musculaire du vaisseau. En même temps, on constate des nodules embryonnaires dont quelques-uns sont ramollis au centre.

D'autres fois, on observe des lésions identiques, mais systématisées autour des veines. Tel était le cas dans l'observation suivante :

Obs. LVIII. — *Rétrécissement syphilitique en virole à la jonction de l'ampoule et de la partie terminale du rectum. Lésions systématiques périveineuses.* — M. M..., 27 ans, entre le 6 septembre 1894 à l'hôpital Necker, dans le service du Dr Routier, suppléé par notre ami le Dr Ricard. Cette femme a été traitée, il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu, pour une lésion suppurante de l'anus, qu'elle qualifie du nom de fistule. Depuis cette époque, elle a toujours rendu du pus, quelquefois mélangé de sang, par l'anus. Les matières rendues ne sont jamais normales ; tantôt elles sont pâteuses, tantôt dures et ovillées.

Au toucher, on parcourt un canal anal sain, puis la muqueuse devient rèche, en même temps que le canal se rétrécit en entonnoir, au point qu'à 4 centim. et demi de l'orifice l'index est arrêté. Le petit doigt s'engage et franchit la portion rétrécie qui, rèche, un peu inégale, sans tuméfaction notable en aucun point cependant, mesure 3 centim. de hauteur environ. En combinant le toucher vaginal avec le toucher rectal, on constate qu'il n'existe pas d'épaississement considérable des parties. Le tout est indolent, et l'exploration ne détermine pas de saignement.

L'interrogatoire ne nous apprend pas de commémoratifs pouvant évoquer l'idée de syphilis, mais en examinant la malade nous constatons l'existence, au niveau de la commissure labiale droite, d'une cicatrice étalée, avec perte de substance, évoquant absolument l'idée d'une lésion syphilitique antérieure. La malade ne peut nous donner aucun renseignement sur ce qu'elle a eu à ce niveau.

Le rétrécissement, extirpé par M. Ricard, nous a été remis par ce chirurgien.

Examen histologique, par M. Toupet. — Nous avons fait des coupes perpendiculaires à la direction du conduit au niveau du point où le rétrécissement était le plus accusé, et sur ces coupes, nous avons pu apprécier les différentes modifications produites au niveau de chacune des tuniques rectales.

La muqueuse présente un aspect variable suivant les points que l'on considère. Sur les deux tiers environ de son étendue, l'épithélium cylindrique est transformé en épithélium pavimenteux stratifié. Mais la partie transformée n'est pas d'un seul tenant, elle est interrompue ici par une zone dans laquelle on retrouve encore des culs-de-sac glandulaires, contenus dans des sortes de saillies polypeuses, mais à base d'implantation très large; là au contraire, tout épithélium a disparu, la sous-muqueuse est épaissie, formée d'une zone large de tissu embryonnaire, parcourue par des capillaires dirigés presque toujours parallèlement les uns aux autres, et allant des couches musculaires vers la cavité rectale.

La couche épidermique n'a pas partout le même aspect. Tantôt on ne trouve que cinq ou six couches d'épithélium à type malpighien ; les plus superficielles sont cornées ; quant à la plus profonde, elle est fortement colorée et régulièrement implantée sur la couche

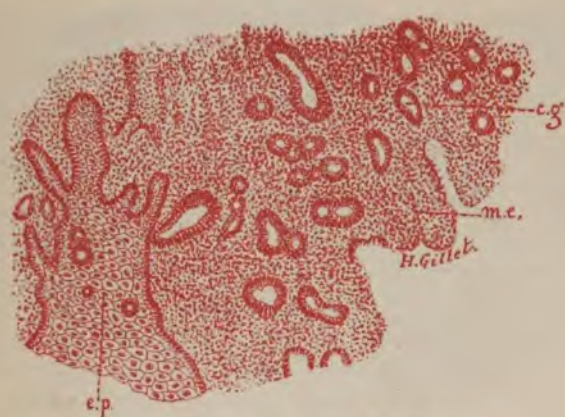


FIG. 93. (Obs. LVIII. Préparation de M. TOUPET.)
Sur cette préparation, on voit des culs-de-sac glandulaires tapissés d'un épithélium cylindrique; au niveau d'un orifice glandulaire, on voit la substitution d'un épithélium pavimenteux, *e.p.*, à l'épithélium cylindrique qui occupe encore le fond des culs-de-sac.

sous-jacente. Quand la couche épidermique est peu épaisse, les saillies papillaires sont peu nombreuses. Ces saillies sont au contraire très développées là où la couche épidermique est plus épaisse.

Dans les points où l'on trouve encore des glandes, celles-ci sont profondément altérées et n'ont plus l'apparence des glandes normales du rectum.

Les culs-de-sac sont multipliés et séparés par un tissu embryonnaire; l'épithélium n'est plus muqueux, le protoplasma est trouble, granuleux, les noyaux fortement colorés. Quand les culs-de-sac sont profondément situés, tantôt la lumière est remplie par des débris de cellules mortifiées, tantôt la cavité semble envahie par une végétation conjonctive. Dans la profondeur, les glandes sont étouffées par le tissu conjonctif ambiant; celles qui arrivent à la périphérie subissent des modifications intéressantes parce qu'à ce niveau on peut suivre la substitution de l'épithélium pavimenteux stratifié à l'épithélium cylindrique. Les glandes à ce niveau s'ouvrent largement, la couche épithéliale profonde, implantée sur la même paroi glandulaire, a un noyau fortement coloré et un protoplasma granuleux trouble. Ces cellules sont allongées et semblables à celles de la couche profonde de la peau. Au-devant de cette couche, on trouve d'autres cellules polygonales, mais au

et en certains points de son calibre la portion de sa paroi, située en dedans de la lame élastique interne, est plus large que la portion située en dehors ; la tunique adventice de cette artère n'est pas enflammée ; par contre, des deux veines qui l'accompagnent, l'une est complètement oblitérée et remplacée par un nodule embryonnaire ; une autre veine, satellite de l'artère, présente un épaississement considérable de sa paroi externe avec des éléments embryonnaires nombreux.

Partout où l'on trouve une artère un peu importante, on constate la même systématisation de l'inflammation autour des veines, et même aux dépens des veines elles-mêmes, car en certains endroits les deux veines sont remplacées par deux nodules assez volumineux sans cellule géante, avec une zone scléreuse périphérique et ayant l'aspect de

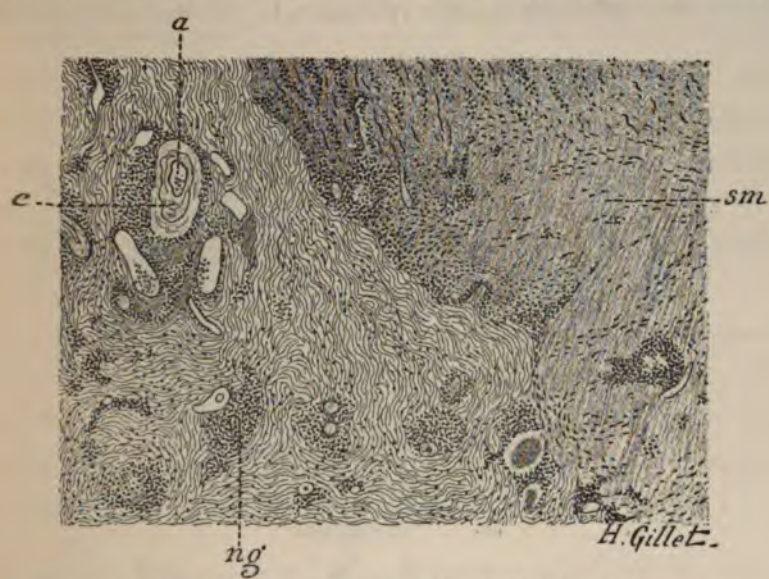


FIG. 95. (Obs. LVIII. Préparation de M. TOUPET.)

e., endartère ; *a.*, artère ; *s.m.*, sclérose musculaire ; *n.g.*, nodule gommeux.

nodules gommeux. On trouve beaucoup d'autres nodules analogues, mais plus petits, disséminés par exemple dans les bandes de tissu scléreux qui dissocient les tuniques musculaires.

Au niveau de certaines veines, la lésion est localisée à une portion de la paroi, comme si elle était développée aux dépens des vaso-vasorum de la tunique adventice.

Les couches musculaires, avons-nous dit, sont en grande partie dissociées par les bandes fibreuses qui les pénètrent ; ces zones fibreuses, au fur et à mesure qu'elles se développent, amènent l'atrophie des fibres lisses.

Certaines plaques conjonctives sont congestionnées, les mailles sont distendues, remplies d'une substance amorphe granuleuse avec des pigments sanguins ; il est probable que ces territoires correspondent à des veines oblitérées, et que la circulation supplémentaire n'a pas été immédiatement établie.

En résumé, nous trouvons sur ces pièces une muqueuse rectale en train de se transformer en muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié ; on peut suivre cette transformation au niveau des quelques glandes qui subsistent encore. La sous-muqueuse est très

épaissie, embryonnaire en certains endroits, sclèreuse en d'autres ; et cette tunique conjonctive irrégulièrement épaissie envoie des prolongements entre les faisceaux de fibres lisses qui se trouvent ainsi profondément altérés et atrophiés. Cette sclérose a détruit certainement les trois quarts de la tunique musculaire. Le processus inflammatoire semble suivre nettement la voie veineuse, c'est là une particularité assez remarquable ; les artères ne sont pas complètement saines, mais leurs lésions sont faibles, comparées à celles du système veineux. L'inflammation débute, au moins dans certains cas, par les vasa vasorum : ceux-ci sont oblitérés, non pas comme dans la tuberculose par une coagulation fibrineuse, mais par une désintégration inflammatoire de la paroi et la substitution progressive du tissu embryonnaire aux éléments de cette paroi. Au degré extrême la veine est remplacée par un nodule plus ou moins volumineux, ne présentant pas à sa périphérie

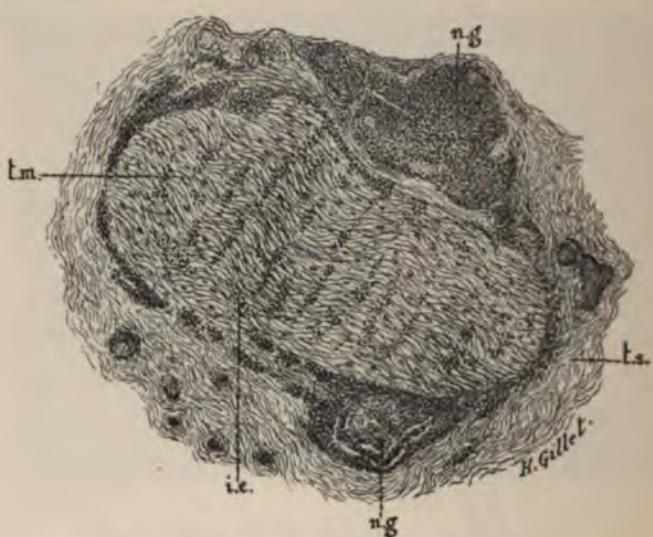


FIG. 96. (Obs. LVIII. Préparation de M. TOUPET.)

t.m., tissu musculaire ; *i.c.*, infiltration embryonnaire ; *n g.*, nodule gommeux ; *t.s.*, tissu scléreux.

des prolongements inflammatoires comme on en voit dans la tuberculose. Cette zone périphérique est assez nettement limitée ; au centre de certains nodules, il y a un commencement de désintégration cellulaire et de mortification ; nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes.

Il y a bien ici de l'endartérite avec développement de saillies irrégulières en dedans de la lame élastique interne, mais il n'y a pas autour du vaisseau ces amas embryonnaires, véritables nodules miliaires, que nous avons signalés dans le cas précédent. Ce sont les veines qui sont le centre des nodules. Tantôt il existe un simple épaississement de leur tunique externe par suite du dépôt dans celle-ci de nombreux éléments embryonnaires, tantôt il y a complète oblitération du vaisseau remplacé

par un nodule que limite une zone scléreuse, véritable gomme miliaire, dont quelquefois le centre présente un commencement de mortification.

3° *Type tuberculeux.* — Jusqu'ici on n'a guère décrit le rétrécissement tuberculeux du rectum. Quelques auteurs en font bien mention, mais c'est pour parler de rétrécissements liés à la formation de cicatrices d'ulcérations bacillaires, ce qui est complètement différent de la forme qui nous occupe. Il existe cependant au niveau du rectum une forme de tuberculose aboutissant à la genèse de rétrécissements, certainement confondus jusqu'ici avec les rétrécissements vulgaires, dits rétrécissements syphilitiques. C'est là un point qu'a nettement précisé Allingham ; dans la quatrième édition de son traité des maladies du rectum, il en donne deux observations (1).

Kummel en relate un cas où il y avait en même temps tuberculose du sacrum (2).

Tout récemment enfin, M. Tillaux vient de publier une observation de rétrécissement du rectum qu'il considère comme tuberculeux (3).

Ces faits manquaient toutefois de la sanction histologique et bactériologique ; celle-ci vient de leur être donnée par M. Sourdille, dans une communication faite à la Société anatomique de Paris (4).

Obs. LIX. — *Rétrécissement tuberculeux du rectum.* — E. P..., 33 ans, maçon, entre le 8 novembre 1894 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon, salle Saint-Côme, n° 15. En 1881, fièvre typhoïde ; en 1886, ce malade est pris subitement de diarrhée sanguinolente, de ténesme, d'épreintes, et est traité pour une dysenterie. C'est depuis cette époque qu'il remarqua quelques difficultés dans la défécation. Pas de maladie vénérienne, pas de pédérastie.

Jusqu'en 1892, les troubles de la défécation furent peu accusés et ne fixèrent pas son attention. A cette époque, il commença à souffrir au niveau de l'anus ; les douleurs se mon-

(1) Allingham. *Fistula, Hæmorrhoids*, etc., 4e édit., London, 1882, p. 247 et 248.

(2) Kummel (Hermann). Ueber hochgelegene Mastdarmstrikturen. *Sammlung klin. Vorträge*, n° 285.

(3) Tillaux. Sur un cas de rétrécissement du rectum de cause probablement tuberculeuse. *Médecine moderne*, Paris, 1894, t. V, p. 593.

(4) *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 28 déc., 1894. A cette même Société, en 1872, MM. Rendu et Pitres, examinant des pièces de rétrécissement avec ulcération, ont bien noté au milieu d'un tissu présentant tous les caractères d'une inflammation chronique quelques points caséeux, et, au microscope, des granulations évoquant dans leur esprit l'idée de granulations tuberculeuses, mais ils n'avaient pas conclu à l'existence de la tuberculose et avaient attribué à ces lésions une origine irritative. (Dujol. *Bullet. de la Société anatomique*, Paris, 1875, p. 784.)

traient lorsque le malade voulait s'asseoir et la position assise était impossible à garder; il éprouvait localement une sorte de cuisson. Huit jours après le début de ces accidents aigus, il évacua avec douleurs une assez grande quantité de sang en même temps qu'il avait de la fièvre.

Au bout d'un mois, ces phénomènes s'amendèrent; mais, à ce moment, les selles commençaient à devenir difficiles; plusieurs fois par jour le malade se présentait infructueusement aux cabinets. Les matières, qu'il arrivait finalement à rendre, étaient tantôt dures, sèches, aplaties, rubanées, tantôt diarrhéiques, l'évacuation de matières liquides suivant presque immédiatement celle de matières dures.

Cet état se continua sans modifications sensibles jusqu'en juillet 1893. A ce moment apparurent des abcès périrectaux pour lesquels le malade consulta un médecin qui prescrivit des applications locales de pommade, sans pratiquer le toucher rectal. L'appétit se perdit ; les selles étaient difficiles, il y avait du ténesme ; par l'anus sortaient constamment des matières purulentes mêlées à du sang.

En janvier 1894, le malade entra à la Pitié, dans le service de M. Faisans, pour des accidents de tuberculose pulmonaire. Au début, M. Faisans, constatant l'intensité des lésions anales, fit passer le malade dans le service de M. Reclus, où l'un de nous a eu l'occasion de l'examiner et diagnostiqua sans hésitation un rétrécissement du rectum de la variété dite rétrécissement syphilitique.

Le malade quitte en mai 1894 le service de M. Reclus, va passer quelque temps à Vincennes, puis rentre en novembre à l'Hôtel-Dieu.

8 novembre 1894. Le malade est pâle et dit avoir considérablement maigri. Cette maigreur est toutefois peu accentuée, et, à part l'aspect de souffrance qu'il a, son état général ne paraît pas très gravement atteint.

En examinant le malade, on constate au niveau de l'anus deux condylomes, sans ulcération. A égale distance de l'anus et de la racine des bourses, on trouve deux orifices fistuleux, situés de chaque côté du raphé périnéal. A l'aide d'injections, on constate que ces trajets communiquent entre eux et avec le canal anal. Le toucher rectal est très douloureux et le doigt est arrêté à 2 centimètres et demi environ par un rétrécissement dur, circulaire, qui n'admet qu'avec difficulté une sonde n° 16.

Pas de ganglions inguinaux, ni iliaques.

12 novembre 1894. Rectotomie externe postérieure avec le thermocautère. En arrivant sur le rectum, le couteau ouvre plusieurs petits abcès du volume d'un pois, paraissant situés dans l'épaisseur même de la paroi de l'intestin.

Le rétrécissement commençait à 3 centim. de l'anus et s'élevait jusqu'à 10 centim. environ. Sa surface est indurée, blindée, parsemée de bosselures aplaties, dures, larges. Il n'existe pas d'ulcération à proprement parler, mais en certains points la muqueuse est rouge. M. Polaillon pense être en présence d'un squirrhe du rectum.

Au-dessus du rétrécissement, le doigt constate une dilatation du rectum. Un petit fragment est excisé de la paroi antérieure pour l'examen histologique.

7 décembre. Le malade est très soulagé depuis son opération, mais il tousse, et les signes de tuberculose pulmonaire s'accusent.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. SOURDILLE. — Dans le cours de la rectotomie postérieure pratiquée le 12 novembre 1894, M. Polaillon voulut bien, sur notre demande, réséquer une petite portion du rectum au niveau du point le plus saillant du rétrécissement. La portion enlevée siégeait à 5 centim. environ au-dessus de l'anus : c'est sur

elle, fixée et durcie immédiatement dans l'alcool, qu'a porté l'examen anatomique que nous allons exposer.

Ce qui frappe tout d'abord, au simple examen de la pièce à l'œil nu, c'est l'épaississement considérable des tuniques rectales, en même temps que leur densité. En effet, la portion enlevée a un bon centimètre d'épaisseur, et encore ne comprend-elle pas toute l'épaisseur de la paroi.

Au microscope, on constate que les tuniques rectales sont complètement modifiées.

L'épithélium cylindrique de revêtement a totalement disparu. Il est remplacé par une nappe très épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié. Celui-ci, au niveau même de son

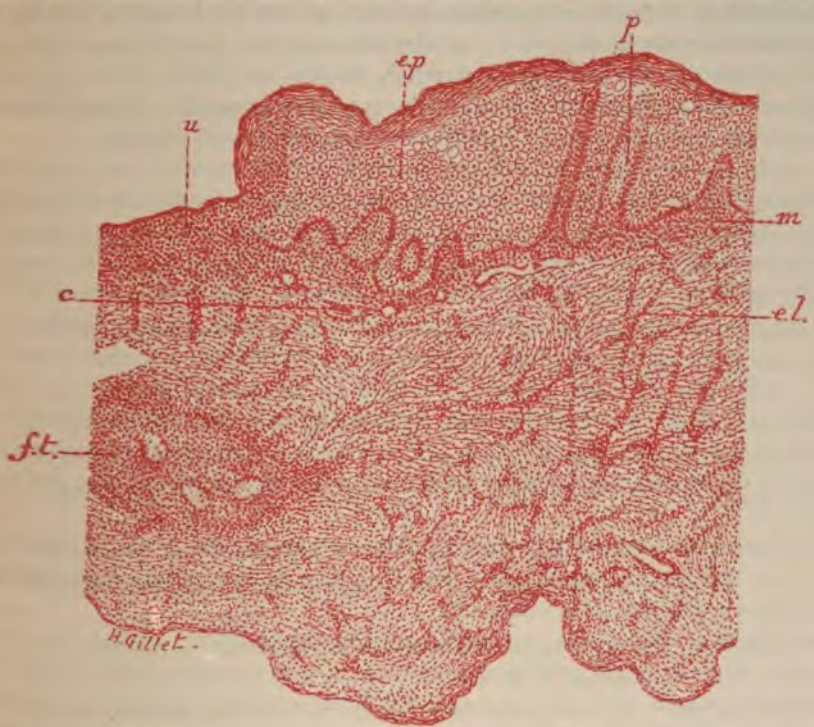


FIG. 97. (Obs. LIX. Préparation de M. SOURDILLE.) — *Rétrécissement tuberculeux.* *ep.*, épithélium pavimenteux stratifié. — *p.*, papilles. — *u.*, ulcération. — *m*, muqueuse. — *s.m.*, sous-muqueuse. — *el.*, espaces lymphatiques infiltrés. — *c.*, capillaires. — *f.t.*, follicule tuberculeux.

implantation sur le derme muqueux, est constitué par des cellules cylindriques disposées sur une seule couche. Au-dessus de cette couche cylindrique existent des cellules polyédriques volumineuses, dentelées sur leurs bords, ayant un gros noyau contenant un ou plusieurs nucléoles. Un grand nombre de ces noyaux sont le siège d'un travail actif de karyokinèse. Sur quelques points, plusieurs cellules sont vésiculeuses. Ce sont là des modifications rencontrées à chaque fois qu'un épithélium se trouve au voisinage d'un foyer inflammatoire. En se rapprochant de la surface libre, ces cellules se chargent de nombreuses gouttelettes d'éléidine et s'aplatissent peu à peu. A la surface même, elles n'apparaissent plus que sous la forme de lamelles aplaties, se disposant en plusieurs

couches superposées, se colorant en jaune par le picro-carmin et sans noyau appréciable. En somme, on se trouve en présence d'un véritable épiderme développé à la place de l'épithélium cylindrique normal.

En un point de la préparation, l'épithélium pavimenteux a lui-même disparu ; le derme, mis à nu, exubérant, infiltré, parcouru par des capillaires nombreux, présente la constitution des bourgeons charnus : c'est une ulcération superficielle du rectum.

En même temps que l'épithélium a subi ces modifications profondes, les glandes en tubes ont complètement disparu, et sur les nombreuses coupes que nous avons pu examiner, il est impossible d'en rencontrer le moindre vestige.

Au-dessous de la couche d'épithélium pavimenteux stratifié, le derme muqueux est infiltré dans toute son étendue par des cellules embryonnaires ; il envoie dans l'épaisseur de l'épithélium des papilles longues et grêles, formées de fibrilles délicates séparées par d'abondantes cellules rondes. Au centre de ces papilles, on constate de fins capillaires.

La *muscularis mucosæ*, comme les glandes en tubes, a totalement disparu.

La *couche sous-muqueuse* se confond, sans aucune ligne de démarcation, avec la muqueuse elle-même. Cette tunique sous-muqueuse, constituée à l'état normal par une mince couche de tissu conjonctif très lâche, contenant de nombreux vaisseaux artériels et veineux, est ici métamorphosée en une couche épaisse de tissu conjonctif fibreux, où l'on ne rencontre que des capillaires. Sur les coupes, on constate nettement que l'augmentation d'épaisseur des parois rectales est due à l'hypertrophie de cette tunique. Ce tissu conjonctif est séparé en lobules par des capillaires à direction tantôt parallèle à la surface libre de la coupe, tantôt plus ou moins oblique, s'anastomosant ensemble et formant des mailles larges et irrégulières. Ces capillaires sont accompagnés dans toute leur étendue par des traînées de cellules embryonnaires. Celles-ci, au niveau des carrefours anastomotiques des capillaires, s'accumulent en plus grand nombre et forment de véritables nodules périvasculaires.

Cette infiltration n'est pas seulement localisée au pourtour des vaisseaux, elle existe aussi, mais bien moins accentuée, dans toute l'épaisseur de la sous-muqueuse dissociant les faisceaux conjonctifs qui la composent.

En un point de cette couche sous-muqueuse ainsi hypertrophiée, presque immédiatement au-dessous de ce qui paraît correspondre au derme muqueux, existe un follicule tuberculeux composé, formé par une agglomération de cellules embryonnaires. Au centre du tubercule, ces cellules se colorent moins vivement ; plusieurs ont pris le type épithélioïde. On y trouve surtout des cellules géantes typiques, dont le nombre varie, suivant les préparations, de 2 à 8 ou 10. A la périphérie, ce follicule tuberculeux se continue, sans limite bien précise, avec les tissus voisins. Sur certaines préparations, on constate très nettement que le nodule s'est formé autour d'un vaisseau dont la lumière est obstruée par de la matière caséeuse.

Nous avons tenté, à l'aide des méthodes d'Erlich et de Fränkel, la recherche des bacilles dans les cellules géantes ; mais nous n'avons pu obtenir de résultat satisfaisant à ce sujet. En l'absence de résultat positif de ce côté, nous avons inoculé deux cobayes.

Au-dessous de ce follicule, le tissu fibreux devient plus dense. A la limite profonde de la sous-muqueuse, on ne rencontre pas de tunique musculaire. Ce fait est-il dû simplement à ce que la portion enlevée pour l'examen histologique ne comprend pas toute l'épaisseur du rectum, ou bien les fibres lisses ont-elles été entraînées dans la même débâcle

il a fait disparaître celle de la *muscularis mucosæ* ? Pour le moment, il est impossible de prononcer.

Nous avons négligé jusqu'ici de parler de l'état des vaisseaux ; cette étude mérite cependant de fixer notre attention.

Un fait qui frappe au premier examen des coupes, c'est le peu de degré de vascularisation. Tandis qu'à l'état normal, on trouve dans la sous-muqueuse des vaisseaux, artérioles et veinules, très abondants, ici on en note l'absence à peu près complète. En effet, sur plus de 50 préparations, nous en avons seulement trouvé deux où l'on pût constater une artériole, à la limite profonde de la sous-muqueuse. Cette artériole, d'ailleurs, ne présente pas d'altérations appréciables. Les seuls vaisseaux qui existent sont les capillaires que nous avons signalés plus haut, leur lumière est étroite, leur paroi cellulaire est un peu gonflée et ils sont entourés sur tout leur trajet par une véritable gaine de cellules rondes. Les deux cobayes inoculés présentent en février des lésions manifestes de tuberculose (noyau caséeux local, ganglions caséeux, etc.).

Dans cette observation très complète, il ne peut s'élever aucun doute. M. Sourdille, pour confirmer les résultats toujours discutables de l'histologie, a pris soin de recourir à la méthode des inoculations. D'accord avec l'examen microscopique, les recherches expérimentales ont montré qu'on se trouvait bien en présence d'un processus tuberculeux.

Dans un autre cas, dont l'observation clinique manque, il s'agissait d'un rétrécissement considéré comme syphilitique et pour lequel M. Gérard-Marchant fit une rectotomie externe ; les lésions différaient de celles de l'observation que nous venons de relater, mais on y trouvait, de même, des lésions histologiquement tuberculeuses.

Obs. LX. — Examen histologique, par M. Sourdille, d'un fragment de rétrécissement extirpé au cours d'une rectotomie par M. Gérard-Marchant.

Les modifications histologiques diffèrent complètement de celles que nous avons décrites dans l'observation précédente. Ce qui domine, c'est l'infiltration généralisée de la sous-muqueuse, dont l'épaisseur est considérablement augmentée.

La muqueuse (*m*), à part une légère infiltration par des cellules embryonnaires, a conservé son aspect normal, et ne présente pas d'épaississement notable. Dans toute l'étendue de la coupe, la couche d'épithélium cylindrique ainsi que les glandes de Lieberkühn se retrouvent dans un état d'intégrité parfaite.

La *muscularis mucosæ* (*c. m.*) est très apparente ; quelques-unes des fibres musculaires lisses qui la composent sont dissociées par des cellules rondes ; cependant cette couche n'est pas altérée dans sa disposition ni dans ses éléments essentiels.

C'est surtout dans la *sous-muqueuse* (*s. m.*) qu'on constate les lésions les plus marquées. Au lieu d'être constituée comme dans l'observation précédente, par une couche épaisse de tissu fibreux, elle est au contraire formée par du tissu conjonctif jeune où l'on rencontre en abondance des cellules fusiformes.

Ce tissu conjonctif sous-muqueux est, dans toute son étendue, le siège d'une infiltration

diffuse, généralisée, mais qui se circonscrit par places pour donner lieu à des follicules tuberculeux (*f. t.*). Ces follicules siègent dans toute l'épaisseur de la sous-muqueuse; on en trouve immédiatement au-dessous de la *muscularis mucosæ*, qu'ils refoulent et semblent envahir en partie; d'autres occupent la partie moyenne de cette couche; d'autres enfin sont situés à sa partie la plus profonde; les follicules sont formés de cellules embryonnaires tassées les unes contre les autres, se colorant bien à la périphérie, mais présentant dans les parties centrales une affinité bien moindre pour les mêmes réactifs colorants. Dans tous ces follicules on voit un nombre considérable de cellules géantes.

L'infiltration tuberculeuse, pour être plus marquée au niveau de la tunique sous-

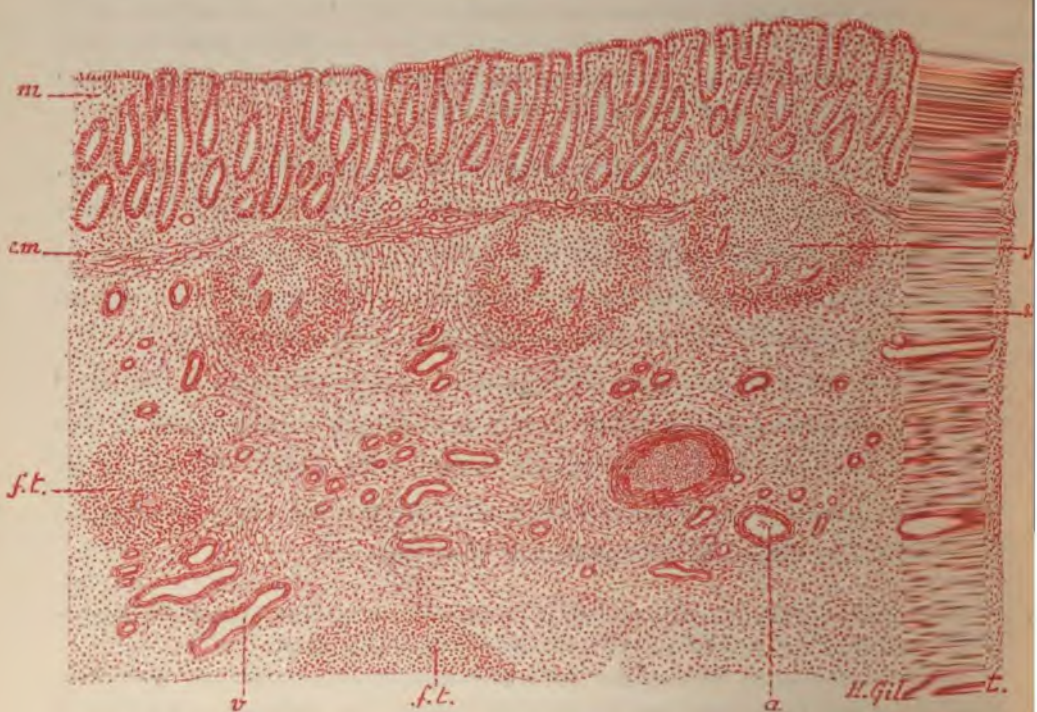


FIG. 98. (Obs. LXX. Préparation de M. SOURDILLE.) — *Rétrécissement tuberculeux*. — *m.*, muqueuse; *c.m.*, muscularis mucosæ; *s.m.*, sous-muqueuse; *a.*, artère; *v.*, veine; *f.t.*, follicule tuberculeux.

muqueuse, n'en existe pas moins dans la tunique musculaire. (Celle-ci n'a pas été représentée dans la figure.) En effet, les faisceaux de fibres lisses qui la composent sont dissociés par des cellules rondes, et il est facile de se rendre compte que sur certains points celles-ci sont accumulées pour former un véritable nodule.

Les vaisseaux sont répandus en grande abondance dans toute l'étendue de la coupe. On en trouve dans la muqueuse, mais surtout dans la sous-muqueuse. Ici, leur nombre est considérable et cette vascularisation si abondante contraste avec l'absence totale de vaisseaux que nous avons signalée dans l'observation qui précède. Plusieurs de ces vaisseaux, artères et veines, offrent un fort calibre; leur lumière est large. Les tuniques interne et

moyenne ne présentent pas d'altérations appréciables. Par contre, leur tunique externe, de nature conjonctive, participe à l'infiltration des tissus voisins, et est envahie par des cellules embryonnaires. Il y a donc un certain degré de périartérite et de périphlébite; mais ces lésions sont communes à tous les vaisseaux situés dans un foyer quelconque d'inflammation chronique.

En résumé, ce que nous notons ici, c'est la conservation très nette de toutes les tuniques qui entrent dans la constitution normale des parois du rectum; la lésion histologique la plus importante consiste dans l'infiltration tuberculeuse de toutes ces tuniques, infiltration surtout marquée dans la sous-muqueuse, et il est manifeste que c'est principalement à l'hypertrophie de cette couche qu'est due la diminution du calibre du rectum.

Nous citerons enfin un dernier cas de rétrécissement tuberculeux.

Obs. LXI. — *Rétrécissement tuberculeux du rectum.* — X..., sœur de charité, se présente à nous pour être opérée d'un rétrécissement du rectum occupant sa partie terminale. Ce rétrécissement, de forme cylindrique, est très suppurant. Nous faisons une rectotomie et sur les bords de notre section nous excisons un fragment du rétrécissement pour pouvoir en faire l'examen.

La malade s'améliore et repart dans sa communauté.

Examen histologique, par M. Sourdille. — L'examen a porté sur deux portions du rectum; la portion sus-sphinctérienne et la portion sphinctéro-anale.

La portion sus-sphinctérienne, à l'examen à l'œil nu, présente, à sa surface libre, des mamelons sessiles, séparés par des intervalles de plusieurs millimètres; ces végétations ont le volume d'un petit pois, aussi larges à leur point d'implantation sur la muqueuse qu'à leur sommet; celui-ci est sensiblement hémisphérique.

Au microscope, les lésions rappellent, d'une manière générale, celles que nous avons décrites dans l'avant-dernière observation.

L'épithélium cylindrique est détruit et remplacé par un épais revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié avec ses trois couches bien nettes, couche cylindrique, couche polyédrique à prolongements dentelés, couche lamelleuse. Les cellules de la couche polyédrique contiennent des granulations d'éléidine. Cet épithélium, environ trois fois plus épais que celui de la marge de l'anus, est soulevé par des papilles grêles et très longues. Celles-ci, composées de fibrilles délicates au milieu desquelles sont jetées quelques cellules rondes et des capillaires, s'implantent sur le chorion muqueux. Ce chorion, qui se continue sans limites précises avec la couche sous-muqueuse, est composé de faisceaux entre-croisés de tissu conjonctif; il est le siège d'une infiltration embryonnaire marquée.

Par places, on constate une ou deux glandes tubuleuses; celles-ci sont plus allongées que normalement, légèrement flexueuses et dilatées; elles sont tapissées par de l'épithélium cylindrique dans leur partie profonde, mais au voisinage de leur embouchure dans la cavité rectale, cet épithélium se modifie presque brusquement pour se continuer avec le revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié. En plusieurs points cet épithélium pavimenteux est abrasé; le chorion, à ce niveau, est très infiltré, parcouru par de gros capillaires dilatés et rempli de globules. La sous-muqueuse se confond avec le chorion d'une part, avec la couche musculaire d'autre part. L'architecture de cette dernière est absolument bouleversée; elle n'est plus constituée que par quelques faisceaux de fibres musculaires lisses présentant des directions variées.

La sous-muqueuse, très épaissie, est constituée par des bandes de tissu fibreux dont les fibres sont orientées dans les sens les plus divers. Ces bandes fibreuses sont séparées par de larges espaces lymphatiques dans lesquels sont accumulées des cellules rondes se colorant fortement. C'est dans cette couche que se trouvent, empiétant sur la muqueuse et la musculeuse, les nodules tuberculeux. Ceux-ci sont dispersés sans ordre ; les uns sont jeunes, uniquement composés de cellules embryonnaires se colorant bien ; quelques-uns plus avancés dans leur évolution, présentent une ou deux cellules géantes à leur centre ; d'autres enfin sont complètement ramollis à leur partie centrale. En un point de la préparation, existe un tubercule composé affectant la disposition suivante : la périphérie, mal limitée, est composée de cellules embryonnaires fortement colorées ; le centre est ramolli, caséeux ; entre le centre et la périphérie, existe une véritable couronne de 6 à 7 cellules géantes.

L'état des vaisseaux est le suivant : a la limite profonde de la sous-muqueuse, on trouve des artères et des veines en nombre assez considérable. D'une manière générale, les veines, à part une légère infiltration de leur tunique externe, sont saines ; les artères sont endommagées. L'endartère est légèrement augmentée d'épaisseur, ainsi que les tuniques moyenne et externe : en somme, il y a des traces évidentes d'artérite ; mais ces lésions sont bien moins prononcées que celles qu'on observe dans le voisinage des gommes syphilitiques ; de plus, elles ne sont point étendues à toutes les artères situées dans le champ de la préparation ; un certain nombre de celles-ci ne présentent pas de modifications appréciables dans leur structure. Dans la couche sous-muqueuse et dans ce qui représente l'ancienne muqueuse rectale, les vaisseaux sont représentés par de larges capillaires bourrés d'hématies : leur paroi endothéliale est saine ; ils sont bordés dans tout leur trajet par de nombreuses cellules rondes.

Si nous passons maintenant à l'examen histologique de la portion sphinctéro-anale, nous trouvons des lésions bien moins profondes, bien moins avancées. L'épithélium pavimenteux stratifié, sans altération marquée, forme une couche très mince reposant sur un derme à papilles basses et trapues. Dans la couche sous-dermique, existent des amas nodulaires de cellules rondes au centre desquelles sont une ou plusieurs cellules géantes typiques. Ces nodules sont particulièrement développés autour des glomérules des glandes sudoripares qui existent à l'état normal, et les cellules géantes proviennent manifestement de la caséification de l'épithélium glandulaire.

Les vaisseaux y sont répandus en grande abondance ; ils présentent tous de l'infiltration de leur tunique externe, mais l'endartère et la tunique moyenne sont respectés.

Ces trois cas, joints à un quatrième que nous avons relaté plus haut (1) comme type d'ulcération au-dessus d'un rétrécissement, portent à quatre les examens histologiques de rétrécissement tuberculeux que nous devons à M. Sourdille. La grande analogie qui existe entre les lésions observées dans ces quatre cas, les différences histologiques qui les séparent des rétrécissements syphilitiques que nous venons de décrire, alors que macroscopiquement les différences étaient minimes, nous portent à pen-

(1) Voir p. 238, Obs. LV.

ser que bien des fois on a dû méconnaître de semblables rétrécissements tuberculeux.

Nous venons de décrire, d'une manière nette, trois types des lésions qu'on rencontre au niveau du rectum, trois processus qui tous aboutissent à la formation de rétrécissements par infiltration sténosante des parois rectales. Les trois types que nous venons de décrire sont bien nettement séparés.

Si dans tous on observe des modifications assez constantes de l'épithélium, qui tombe ou est remplacé par de l'épithélium pavimenteux stratifié, les lésions beaucoup plus importantes de la sous-muqueuse diffèrent suivant les cas. Dans le premier type on y trouve une sclérose diffuse sans lésion vasculaire spéciale. Dans le deuxième, en même temps que des bandes fibreuses, on a des lésions d'endartérite syphilitique et des nodules gommeux bien limités, qui se systématisent, soit autour des artères, soit autour des veines et présentent assez souvent un début de désintégration en leur centre. Dans le troisième, les bandes fibreuses de la sous-muqueuse sont séparées par des follicules tuberculeux et l'on n'observe autour des vaisseaux que des traînées embryonnaires diffuses ne présentant pas la délimination nette des nodules gommeux.

Est-il possible de séparer dans tous les cas ces trois variétés de rétrécissements ? Nous ne le croyons pas, actuellement tout au moins. Bien plus, nous pensons que dans beaucoup de cas le processus est complexe, qu'à une lésion syphilitique, par exemple, s'adjoignent des phénomènes inflammatoires simples, la lésion spécifique première n'ayant agi qu'en permettant aux agents d'irritation vulgaire d'entrer en ligne. D'autre part, l'existence de nodules embryonnaires, d'endartérite n'est pas suffisante pour faire affirmer, d'une manière absolue, la syphilis. Rien ne nous dit que ces modes de réaction des tissus ne peuvent se produire au contact d'agents irritants autres que l'agent de la syphilis. Il faudra, pour élucider cette question, de nombreuses observations où l'on trouvera à la fois, une étude clinique précise, un examen anatomique à l'œil nu et un examen microscopique.

Dès aujourd'hui, nous pouvons dire que chez des syphilitiques, des

rétrécissements du rectum peuvent présenter des caractères histologiquement très différents de la variété type syphilitique, dans certaines de leurs parties tout au moins (1).

Obs. LXII. — *Malade syphilitique. Rétrécissement histologiquement inflammatoire.* — L..., 33 ans, entré en 1894 dans le service de M. Gérard-Marchant à l'hospice d'Ivry. Pendant son service militaire, il a contracté la syphilis (chancre de la verge suivi de roséole). Pendant dix-huit mois, il prit des pilules mercurielles et des bains de sublimé, puis, pendant environ six mois, de l'iodure de potassium.

Vers l'âge de 26 ans, il fut atteint d'entérite, caractérisée par des selles fréquentes, des douleurs abdominales et des vomissements ; depuis cette époque, les selles ont toujours été fréquentes et lientériques. Depuis six ans environ, il a la voix voilée.

Début de l'affection. — Le début de la maladie rectale remonte à trois ans. Le malade avait des hémorrhoïdes avec fréquents écoulements de sang, ténesme rectal et selles sanglantes. Peu après il s'aperçut que ses chemises présentaient des taches de pus. Cet écoulement de pus, d'abord diurne et disparaissant par le repos, devint bientôt continuel ; le malade allait souvent à la selle, ayant depuis longtemps de la diarrhée. Mais quand par hasard les selles étaient moulées, elles sortaient rubanées. S'inquiétant, il vit plusieurs médecins. Aucun ne le toucha. On lui prescrivit des suppositoires, pommades, etc. Le malade alla à Saint-Louis, service de M. Richelot. On fit le diagnostic fistule (?), puis hémorrhoïdes, et le malade fut soumis à la dilatation en une seule séance sous le chloroforme. A la suite de l'opération les écoulements de sang et de pus redoublèrent. Le malade sortit cependant ; il marchait difficilement. Il vint à Laennec, dans le service de M. Gérard-Marchant. Le diagnostic rectite proliférante fut posé. De là le malade vint à Ivry.

État actuel. — Appétit bon. Digestions bonnes, peu de renvois et de flatulence ; mais toujours un écoulement sanguinolent tachant le linge, obligeant le malade à se garnir. Cet écoulement est plus considérable quand le malade est debout.

Douleur. — Le malade ne souffre que très peu et seulement dans la position assise, où il ressent une sensation de gêne qu'il localise au coccyx. S'il se lève brusquement, il a une sensation de pesanteur dans la région anale.

Examen des divers appareils. — Les poumons paraissent absolument sains.

Foie, rate, cœur normaux. Testicules sains. Les veines des membres inférieurs sont légèrement variqueuses.

Le malade est bien conformé et assez bien musclé.

Examen local. — L'aspect extérieur de la région péri-anale est normal.

En écartant les deux fesses pour examiner l'anus, on provoque l'écoulement d'une assez notable quantité de pus liquide, purulent, jaune clair, peu lié.

L'orifice de l'anus est agrandi, surtout dans le sens vertical et présente de nombreuses végétations, surtout sur la lèvre gauche. Ces excroissances, d'environ 3 à 4 millimètres d'épaisseur, sont aplaties, rosées, à contours assez réguliers. Leur consistance est molle, elles se laissent facilement déprimer lorsque l'on veut introduire le doigt dans l'anus.

(1) Il faudrait faire des coupes de la totalité du rétrécissement, pour être sûr qu'en aucun point, on n'a de lésions pouvant évoquer l'idée de la syphilis. C'est là chose que nous n'avons pas faite.

Toucher. — Le doigt pénètre facilement dans l'anus et sent la résistance du sphincter. Celui-ci paraît ne pas présenter de lésions. Immédiatement au-dessus, le doigt perçoit de très petites masses donnant l'impression de granulations. En pénétrant plus profondément, le doigt est arrêté par de petites tumeurs lui donnant la même impression que celles qui se trouvent à l'extérieur. Ces masses, assez difficilement isolables les unes des autres, paraissent prendre racine sur toute la périphérie de l'ampoule rectale. Elles donnent assez bien l'impression, comme forme, de quartiers d'orange incomplets qui convergeraient vers l'axe du rectum. En touchant légèrement, on s'aperçoit qu'elles se réunissent de manière à former une sorte de dôme, dont le sommet cède cependant à la pression et livre passage à l'extrémité du doigt.

Le 7 avril. *Opération.* par M. GÉRARD-MARCHANT, assisté de M. HARTMANN. — Incision circulaire autour de l'anus; on chemine en dedans du sphincter, dont on décolle le rectum aussi exactement que possible de manière à conserver ce muscle isolé du rectum jusqu'au-dessus des végétations. Abaissement assez considérable. Section en deux lambeaux, un antérieur, un postérieur; excision de toute la portion malade du rectum; suture du bout supérieur à la peau après abaissement. Drain dans le rectum, gaze iodoformée. Menaces de syncope une fois l'opération terminée. Piqûres d'éther, respiration artificielle.

Le 7 au soir, 38°,8. Malade assez bien, pouls fréquent mais ample. Pas de vomissements. Pas de diarrhée. Ext. théb., 0 gr. 05. Lait, thé au rhum.

Le 8 matin, 39°,2. 1 gr. sulf. quinine. Ext. théb., 0 gr. 05. Lait. Soir, 37°,9.

Le 9 matin, 36°,5. Diarrhée; le malade a sali son pansement qui est plein de matières jaunâtres et liquides. Nouveau pansement, drain remis en place. Pansement mixte. Ext. théb., 0 gr. 05 cent. Soir, 38°,8.

Le 10 matin, 37°,8. La diarrhée continue, le pansement est rempli d'une diarrhée jaunâtre. Pansement humide, drain supprimé. Clapier dans le creux ischio-rectal gauche. Lymphangite autour de l'anus; quelques points de sphacèle aux sutures. Pouls fréquent, mais ample, faciès légèrement abdominal. S. n. Bi, 4 gr.; benzo-naphtol, 2 gr.; ext. théb., 0 gr. 05. Soir, 38°,7.

Le 11 matin, 38°. Diarrhée incessante, pansement humide ouvert. État général stationnaire. Même traitement. Soir, 38°,2.

Le 12 matin, 37°. Diarrhée incessante, quelque peu de sphacèle aux sutures. Clapier ischio-rectal plutôt amélioré. On enlève les sutures. Pansement humide ouvert. Même traitement. Soir, 37°,1.

Le 13 matin, 36°,8, soir 37°. État stationnaire. Diarrhée sanguinolente abondante; pansements presque impossibles.

Le 14 matin, 37°,8. Très mauvais état général, yeux excavés, traits tirés, teint jaune terreux. Diarrhée considérable, léger délire. Même traitement, alcool.

Soir, 37°,4.

Le 15 matin, 37°,1, soir 37°,2. Le malade semble moribond; yeux ternes, pouls petit; ne répond plus aux questions. Piqûre d'éther, 1 gramme à 10 heures et demie matin, 5 centigr. d'opium. Même traitement interne. Diarrhée moins considérable le matin. Pas de vomissements. A 3 heures, légère amélioratton, ventre non sensible; le malade reprend connaissance. La diarrhée redevient abondante. S. n. bismuth.

Le 16 matin, 37°,5. État général meilleur, pommettes légèrement colorées. Diarrhée très abondante, *verte*. Même pansement, 2 centigr. 5 d'opium. Alcool, champagne. Soir, 37°. S.n. bismuth.

Le 17 matin, 36°,9. Opium intus. Diarrhée moins abondante, faiblesse extrême, facies tiré, nez effilé, yeux excavés, pouls petit, filiforme. Pas de douleurs abdominales. Pas de vomissements. Le soir, 37°,6.

Le 18, 37°,2. État stationnaire. Le soir, diarrhée très fortement sanguinolente.

Mort le 19, à 3 heures du matin.

EXAMEN HISTOLOGIQUE du rétrécissement, par M. TOUPET. — Sur aucune portion de la muqueuse on ne trouve de revêtement épithélial, cylindrique, corné ou autre.

La couche la plus superficielle est la couche embryonnaire assez épaissie, très vascularisée, avec des vaisseaux la plupart perpendiculaires à la surface de la muqueuse. Au-dessous, couche scléreuse avec des traînées embryonnaires diffuses.

Les couches musculaires, parfaitement reconnaissables, sont comme dissociées par des traînées inflammatoires, surtout la couche la plus interne (la plus rapprochée de la muqueuse). On ne voit pas de nodules et les vaisseaux artériels ne présentent pas d'inflammation de leur membrane interne.

D'autre part, la formation de nodules embryonnaires arrondis se rencontre dans des rétrécissements survenus en l'absence de toute syphilis connue.

OBS. LXIII. — *Rétrécissement du rectum chez une femme hystérectomisée.* — H. D..., 33 ans, entrée le 25 septembre 1894, dans le service de M. Quénu, de l'hôpital Cochin, salle Lorrain, n° 5. Cette malade a été curettée deux fois, une première fois par M. Polaillon, pour une endométrite hémorrhagique, une deuxième fois par M. Potherat, pour une métrite. Depuis ce dernier curettage, elle se plaint de douleurs abdominales et ses pertes rouges ont reparu. Aussi le 10 août 1893, se décide-t-elle à se faire pratiquer une hystérectomie vaginale par M. Sébileau.

C'est quinze jours après l'hystérectomie qu'elle a commencé à souffrir du rectum et à avoir des douleurs pendant les garde-robes, qui étaient difficiles.

Un mois après sa sortie de l'hôpital, elle commence à perdre du sang par l'anus, et à ressentir des élancements dans le rectum. Comme elle souffre toujours du côté droit de l'abdomen, côté où l'ovaire n'a pas été enlevé, le 6 février 1894, M. Quénu fait une laparotomie pour enlever l'ovaire malade. Les douleurs du côté s'amendent, mais les douleurs rectales persistent.

M. Quénu, en avril, constatant une fissure anale, fait la dilatation de l'anus.

La malade quitte l'hôpital. Elle rentre en septembre, ne pouvant ni marcher, ni s'asseoir, souffrant toujours du côté droit du ventre.

Pas de syphilis connue ; pas de traces de syphilis sur le corps.

25 octobre. La malade éprouve des élancements à peu près constants dans le rectum; elle souffre au moment des garde-robes et surtout après, quelquefois pendant près de deux heures. Dans l'intervalle des garde-robes, elle rend constamment et sans en avoir conscience, un peu de pus et de sang. Les garde-robes sont difficiles, mais se font néanmoins.

En avant et à droite de l'anus, on trouve un pli de peau hypertrophié, à la face interne duquel existe une ulcération fissuraire. Le toucher rectal est extrêmement douloureux, surtout dans les parties antérieure et droite du rectum. La muqueuse est inégale, un peu

rèche ; les cinq derniers centimètres de l'intestin sont manifestement rétrécis, et ce rétrécissement se termine en haut par une sorte de bride.

Le 24 novembre 1894, ablation du rétrécissement par M. QUÉNU.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. TOUPET. — *Première préparation.* — Muqueuse conservée à peu près complètement ; le tissu sous-muqueux dont on n'a qu'une très faible portion, ne paraît pas très altéré; cependant un ou deux capillaires présentent une zone inflammatoire périphérique sans que leur lumière soit oblitérée.

Au-dessous de la sous-muqueuse les faisceaux de fibres lisses sont séparés les uns des autres par des éléments embryonnaires, régulièrement disséminés.

Entre les deux couches musculaires on trouve une coupe de vaisseaux assez importants. L'artère est complètement oblitérée, avec une zone d'inflammation qui s'étend jusqu'à la veine satellite qui, elle, ne présente aucune altération ; ses parois ne sont pas épaissies et son calibre ne paraît pas diminué.

La couche musculaire périphérique ne présente pas, à ce niveau, les phénomènes inflammatoires que nous avons trouvés sur la couche profonde.

Deuxième préparation. — Nous retrouvons encore la muqueuse saine dans une partie de son étendue ; ailleurs, toutes les glandes ont disparu et la surface est formée par du tissu embryonnaire. La sous-muqueuse est épaissie ; de place en place, on voit de petits nodules arrondis, embryonnaires, enveloppant un ou deux capillaires, dont la lumière est ici très libre, ailleurs oblitérée. Ces nodules sont de petit volume. On en trouve de plus volumineux lorsque la sous-muqueuse arrive au contact de la couche musculaire profonde. Là, c'est autour des vasa-vasorum que l'on voit les nodules inflammatoires. On trouve une troisième série de nodules dans l'intervalle des deux couches musculaires. Ces couches musculaires ne sont, du reste, pas profondément altérées.

Troisième préparation. — Sur un autre fragment, la muqueuse est en un point transformée en épithélium pavimenteux stratifié ; la sous-muqueuse est très épaissie et beaucoup plus sclérosée que dans les fragments précédents. Au milieu des plaques de sclérose qui s'étendent jusqu'aux limites de la préparation) la coupe ne comprend pas les couches musculaires bien qu'elle soit de plus d'un demi-centimètre d'épaisseur), on trouve des nodules périvasculaires bien limités par la zone de sclérose, et, la plupart du temps, on ne trouve pas le vaisseau aux dépens duquel ils se sont développés. Par endroits, on aperçoit un vaisseau, tantôt au milieu du nodule, ce qui est le cas le plus fréquent, tantôt sur un des bords. Sur cette coupe on ne trouve pas de sections de vaisseaux de gros calibre.

Peut-être ces nodules embryonnaires sont-ils dus à l'irritation que détermine la pénétration dans les vaisseaux d'agents microbiens encore inconnus déterminés. C'est ce que pourrait suggérer l'examen fait par M. Giode d'un rétrécissement que nous avons extirpé.

OBS. LXIV. — *Rétrécissement du rectum. Ablation par la voie parasacrée.* — R..., 35 ans, tout antécédent syphilitique. Il y a six ans, étant constipée, cette malade a rendu un peu de sang et d'humeur en allant à la garde-robe ; depuis cette époque, elle a presque constamment souffert du rectum. Les envies sont fréquentes, mais sans résultat. Depuis

Les recherches bactériologiques ont été généralement négatives ; on n'a pu mettre en relief aucun microbe ayant quelque relation nette avec les formations embryonnaires. Cependant quelques préparations traitées par la méthode de Gram, ou le bleu au carbonate d'ammoniaque, ont montré des amas bacillaires serrés, nettement dessinés, presque exclusivement endovasculaires, et faisant parfois un véritable thrombus, et qui pourraient bien n'être pas étrangers au processus précédent.

D'après les divers documents que nous venons de donner, on voit qu'il existe encore bien des points obscurs dans cette étude anatomique des rétrécissements dits inflammatoires du rectum.

L'influence de la syphilis et de la tuberculose ne nous semble pas niable ; mais il n'en persiste pas moins que si, dans certains cas, on trouve des lésions syphilitiques ou tuberculeuses nettes, dans d'autres elles manquent ou, tout au moins, sont compliquées par la présence d'un processus inflammatoire vulgaire, qui tend à induire d'autant plus en erreur qu'ici comme dans l'urèthre, ce processus inflammatoire banal peut déterminer la production d'amas nodulaires évoquant, à un examen rapide, l'idée de lésions spécifiques (1).

Étiologie. — Les rétrécissements inflammatoires du rectum sont notablement plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Réunissant les statistiques de Tanchou, de Costallat, de Pinault, de Perret, de Desprès, de Sauri, de Godebert, d'Allingham, Carré, dans sa thèse (2), arrive à 266 cas, sur lesquels on compte 210 femmes contre 56 hommes, soit à peu près 4 femmes pour un homme. Juliusburger donne même un nombre plus grand de femmes, 103 pour 15 hommes (3). Cette prédominance du sexe féminin serait, au dire de Kelsey, loin d'être aussi grande. Dans notre petite série de 21 cas, nous trouvons 14 femmes et

(1) Noel Hallé et Melville Wassermann. Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1891, p. 143, 242 et 295, et Uréthrite chronique et rétrécissements. *Ibidem*, 1894, p. 241 et 321. Ces auteurs ont constaté au niveau de l'urèthre des modifications rappelant celles que nous venons de décrire dans le rectum : modifications de l'épithélium qui prend un aspect dermoïde plus ou moins irrégulier, endopériartérite et formation de nodules embryonnaires.

(2) Carré (Henri). *Du rétrécissement dit syphilitique du rectum*. Th. de Paris, 1892-1893, n° 118.

(3) Juliusburger (O.). *Beitr. z. Kenntniss von den Geschwüren und Stricturen der Mastdarms*. Inaug. Diss., Breslau, 1884.

7 hommes. La plus grande fréquence dans le sexe féminin reste donc pour nous un point bien établi.

La syphilis est fréquemment notée dans les antécédents. Elle existait chez 8 de nos 21 malades. Pœlchen note que, chez 119 malades, la syphilitiques restait douteuse, que chez 96 elle était certaine, que chez 6 seulement, elle était formellement éliminée (1).

Juliusburger, sur 20 malades qu'il a observés à Breslau, trouve 8 syphilitiques ; sur 118 observations qu'il a rassemblées, il note 47 fois la concomitance d'autres lésions syphilitiques, plus 25 fois des antécédents certains de syphilis ; la proportion des syphilitiques serait donc de 66 p. 100.

La tuberculose est fréquente à l'autopsie des porteurs d'un rétrécissement du rectum. Elle peut être, d'autre part, mais d'une façon exceptionnelle, la cause d'un certain nombre de rétrécissements, comme nous l'avons montré dans notre étude anatomo-pathologique.

L'action de la dysenterie est plus contestable. Communément admise par nos classiques, elle est à coup sûr beaucoup moins souvent en cause qu'on ne l'a dit.

Les cas qu'on lui attribue ne sont peut-être quelquefois que des tuberculoses rectales, le diagnostic rétrospectif de dysentérie reposant en général uniquement sur ce fait que le malade raconte avoir eu antérieurement de la diarrhée sanguinolente. Si l'on recherche, au contraire, ce que deviennent les dysentériques vrais, ceux observés dans les pays chauds, on voit que presque jamais ils n'ont de rétrécissement du rectum. Woodward, résumant l'opinion des chirurgiens d'armée en Amérique, écrit : « Il n'existe pas un seul cas de rétrécissement consécutif à la cicatrisation d'un ulcère dysentérique, relaté au Surgeon general office, ni pendant la guerre de Sécession, ni depuis celle-ci. Le musée médical de l'armée ne possède pas une seule pièce, les journaux américains n'ont pas publié une seule observation de pareille lésion ; et cependant il y a eu pendant la guerre de très nombreux cas de dysenterie » (2).

(1) PŒLCHEN (RICHARD). Ueber die Aetiologie der strictur. Mastdarmgeschwüre. *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1892, t. CXXVII, p. 189.

(2) WOODWARD. In *The Medical and Surgical history of the war of the rebellion*, Part II, med. vol., p. 504.

Mathews, qui étudie cette question du rétrécissement dysentérique, en rejette formellement l'existence (1). Il s'appuie encore sur l'autorité de John A. Ouchterlony, qui a autopsié à Louisville des quantités de malades ayant eu la dysenterie et qui n'a jamais observé un cas de rétrécissement du rectum consécutif. C'est, à Paris, l'opinion du professeur Cornil, qui nie d'une manière formelle l'existence du rétrécissement dysentérique.

Si, dit Mathews, un quelconque des nombreux dysentériques de la guerre de Sécession avait eu consécutivement un rétrécissement, on le saurait, car il n'aurait pas manqué de se faire pensionner.

On trouve cependant quelques observations où la dysenterie semble bien avoir précédé un rétrécissement. Nous en trouvons une dans un article de Gibbs. Un jeune homme, ayant une dysenterie datant de cinq ans, présentait un rétrécissement du rectum à 3 centim. et demi de l'anus. Au-dessous de ce rétrécissement les parois rectales étaient profondément détruites dans l'étendue de plusieurs pouces carrés.

Ballance (2) rapporte une observation de dysenterie aiguë, devenue chronique et ayant amené un rétrécissement du rectum; il se forma dans la suite un abcès et une fistule vésico-rectale.

Castex, dans son mémoire sur le rétrécissement dysentérique, à côté d'observations douteuses répondant peut-être à des tuberculoses rectales, donne quelques faits qui semblent démonstratifs (3).

Nous-mêmes avons eu l'occasion d'observer un rétrécissement avec fistules anales paraissant bien consécutif à une dysenterie.

Obs. LXV. — *Rétrécissement probablement consécutif à une dysenterie.* — P..., âgé de 55 ans, entre à Cochin en juillet 1894, pour des fistules multiples de l'anus. Fièvre typhoïde à l'âge de 7 ou 8 ans; à l'âge de 21 ans, en 1860, il contracta en Afrique, où il était soldat, une dysenterie grave, qui le garda six mois à l'hôpital. A la sortie de l'hôpital, la diarrhée persista encore quelques mois, puis disparut. En 1870, soit dix ans après, abcès de la marge de l'anus ouvert au bistouri et terminé par une fistule ; en 1871, trois opérations sont successivement pratiquées par MM. Le Dentu et Laugier, à l'Hôtel-Dieu. Depuis, diarrhée persistante et selles mélangées de pus. Pas trace de sang.

(1) Mathews. *A treatise on diseases of the rectum*, 1892, p. 337.

(2) Ballance. *Lancet*, London, 1883, t. I, p. 411 et 485.

(3) Castex (A.). Sur le rétrécissement dysentérique du rectum. *France médicale*, Paris, 1889, t. I, p. 193 et 216.

Il y a trois mois, nouvel abcès de la marge de l'anus, puis série de petits abcès périnéaux et fessiers, concentriquement à l'orifice anal.

Le 9 juillet 1894, nous observons autour de l'anus une surface violacée, présentant par places de petits mamelons plus foncés, d'aspect furonculeux, laissant évacuer un pus épais et jaunâtre, et occupant le périnée et le pourtour de l'anus. Ces orifices correspondent à autant de trajets de longueur variable, les uns complets, les autres borgnes.

Par le toucher rectal, on trouve à 2 centimètres et demi de l'orifice, sur la paroi postérieure du rectum, une bride en forme de croissant à concavité antérieure et à bord tranchant. Sphincter relâché.

Pas de syphilis. Pas de signes de tuberculose. Appareil génito-urinaire sain. Malgré un certain amaigrissement et la persistance de la diarrhée, l'état général s'est conservé assez bon. Sous l'influence du régime lacté, la diarrhée diminue, puis cesse.

Le 10 septembre, on détruit tous les trajets au thermocautère. La réparation se fait peu à peu et le malade quitte l'hôpital à la fin de novembre.

Quoi qu'il en soit, un fait nous semble acquis, c'est que l'on a beaucoup exagéré la fréquence du rétrécissement dysentérique. Quant à savoir par quel mécanisme il se produit, c'est encore un point discuté. Il est certain que bien rarement il s'agit de cicatrisation d'ulcérations dysentériques ; ce qui nous semble le plus probable, c'est que la dysenterie a été le point de départ d'une rectite vulgaire, qui, comme beaucoup d'autres rectites, une fois passée à l'état chronique, a été suivie d'un épaississement, d'une infiltration des parois rectales, et ultérieurement d'un rétrécissement.

Parmi les causes des rétrécissements du rectum, nous devons encore mentionner le chancre mou et les diverses lésions de l'orifice anal, le long séjour de la tête de l'enfant dans le petit bassin pendant l'accouchement (Allingham), l'habitude des purgatifs drastiques, les injections irritantes (Gross), la constipation habituelle, la pédérastie, en un mot toutes les causes de rectite.

Pathogénie et nature. — Si la pathogénie du rétrécissement cicatriciel ne prête à aucune discussion, il n'en est pas de même de celle des rétrécissements inflammatoires. Gosselin (1) les regardait comme la conséquence indirecte de la syphilis.

« Pour moi, dit-il, la maladie est syphilitique, mais elle n'est pas,

(1) GOSSELIN (L.). Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1854, 5e sér., t. IV, p. 666.

comme on le croit assez généralement, l'expression de la diathèse syphilitique. Il s'agit là, à mon sens, d'une forme d'affection syphilitique que les auteurs n'ont pas dénommée, qui n'est ni l'accident primitif, ni l'accident constitutionnel, et qui n'est autre qu'une lésion locale ou de voisinage due à une modification toute spéciale de la vitalité dans les tissus contaminés par le virus chancreux. » Ce rétrécissement serait vénérien en ce sens qu'il se développerait à la suite du chancre anal (1).

Plus tard Després chercha à établir que ces rétrécissements succédaient à la cicatrisation d'un chancre phagédénique ou d'une plaque muqueuse intra-rectale.

Enfin, dans une discussion de la Société de chirurgie, Verneuil, A. Guérin, Trélat admirent l'existence de rétrécissements rectaux syphilitiques par hyperplasie interstitielle. Le rétrécissement serait un accident constitutionnel de la syphilis, ce serait le résultat direct d'une lésion syphilitique intéressant les tuniques. D'après cette théorie, développée et exposée avec beaucoup de talent par le professeur Fournier, il y aurait, tout d'abord, hyperplasie interstitielle, syphilome ano-rectal : la dégénérescence fibreuse de ce syphilome déterminerait par rétraction consécutive la coarctation intestinale (2).

Cette dernière théorie fut assez généralement acceptée jusqu'à ces dernières années. On objectait bien à l'idée d'une syphilis constitutionnelle, la fréquence plus grande chez la femme, l'absence de tout accident syphilitique chez certains malades, l'insuccès du traitement spécifique. Mais les partisans du syphilome répondaient : Le rectum de la femme est plus exposé que celui de l'homme aux afflux sanguins, pendant les règles, le coït, la grossesse, l'accouchement ; la femme est constamment sujette à la constipation habituelle, aussi son rectum représente-t-il, par rapport à celui de l'homme, un *locus minoris resistentiæ*, tout comme le tibia et la clavicule le sont, par rapport aux autres os, à cause de leur

(1) Plus tard, GOSSELIN devient moins affirmatif à l'égard de la nature du chancre. Il admet que, dans la moitié des cas, les malades n'ont présenté aucun signe de syphilis. Aussi conclut-il que le rétrécissement est un accident dont la nature intime est inconnue, et qui se développe au voisinage d'un chancre, que ce chancre soit simple ou syphilitique. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1881, art. Rectum, p. 547.)

(2) FOURNIER. *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, p. 21

la science, nous devons regarder comme syphilitiques (1). Enfin, parmi les rétrécissements présentant cliniquement le type du rétrécissement dit syphilitique, il en est quelques-uns liés à une infiltration tuberculeuse de la paroi rectale.

Étude clinique. — On décrit généralement aux rétrécissements du rectum une première période *latente*, pendant laquelle rien ne trahit le développement du rétrécissement. L'observation des malades, suivis depuis le début, est en désaccord avec cette opinion cependant classique. Chez eux nous avons trouvé que les symptômes de *rectite chronique* existaient dès l'origine d'une manière manifeste. Chez une femme, qui présenta à une époque ultérieure un rétrécissement du rectum, nous avons même pu constater la lésion rectale suppurante, alors que le canal intestinal était absolument libre (2). A mesure que la sténose se produit, les symptômes de rétrécissement paraissent et augmentent, prenant finalement le pas sur ceux de la rectite.

Les symptômes propres à la sténose sont donc en général précédés de phénomènes de rectite, sensation de plénitude rectale, envies fréquentes d'aller à la garde-robe, expulsion douloureuse d'une petite quantité de muco-pus, ou même simplement écoulement purulent par l'anus (3).

Après une période plus ou moins longue de rectite, d'autres fois d'emblée (les symptômes de rectite ayant manqué, ou ayant passé inaperçus), on voit se développer tous les signes d'un rétrécissement.

Les garde-robes deviennent rares et difficiles, elles n'ont lieu que tous les deux, trois, quatre ou cinq jours, et nécessitent des efforts considérables; elles ne sont pas néanmoins toujours douloureuses, et, n'était la suppuration rectale concomitante, on pourrait croire à une simple constipation.

Finalement le rétrécissement est constitué.

Un des premiers signes du rétrécissement constitué est la constipation. Elle est intense et persistante. Aussi les malades se purgent-ils plusieurs fois par semaine et prennent-ils constamment des lavements.

(1) Voir, sur la question de la syphilis et du syphilome ano-rectal, p. 91.

(2) Voir Obs. XII, p. 92.

(3) Le professeur Tillaux a relaté, dans sa *Chirurgie clinique*, un cas de rectite granuleuse suppurante constatée antérieurement au rétrécissement qui se développa quelques mois plus tard.

Au début, ces remèdes procurent un réel soulagement, mais il arrive un moment où ils sont insuffisants. Certains malades en viennent à n'avoir plus qu'une garde-robe par quinzaine.

Parfois la constipation alterne avec de la diarrhée due à l'irritation que cause l'accumulation des matières fécales retenues au-dessus du point rétréci.

En même temps qu'elles sont rares, les garde-robes sont difficiles. Il faut, pour les provoquer, des efforts considérables. Les malades s'aident du doigt, ou encore de l'introduction de corps étrangers dans le rectum. Une patiente de Godebert n'allait à la garde-robe « que tous les mois ou toutes les six semaines ; c'était alors un véritable travail; bien que les purgatifs lui fissent peu d'effet, elle en prenait un pour se préparer, et, lorsque le ventre était ballonné, la respiration très gênée, elle se mettait toute nue dans sa chambre, et, s'aidant du doigt introduit dans le vagin, la face cyanosée, elle passait la plus grande partie de la journée à expulser les matières fécales qui, d'abord extrêmement dures, étaient à la fin liquides (1) ».

L'évacuation des matières est lente, elle nécessite un temps assez long, et s'accompagne souvent de véritables souffrances en rapport avec les efforts qu'elle nécessite.

On comprend qu'en pareil cas le palper abdominal fasse constater l'existence d'accumulations fécales dans le gros intestin. Les efforts que nécessitent ces expulsions sont quelquefois tels que l'on voit survenir à leur suite des hernies (2).

Passées en quelque sorte à la filière au niveau du rétrécissement, les matières sortent effilées, rubanées, aplaties, portant quelquefois un sillon, une cannelure sur une de leurs faces; d'autres fois ce sont des matières petites, dures, ovillées (3). D'après Nélaton, ces différences de

(1) GODEBERT (EUGÈNE). *Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum.* Th. de Paris, 1873, n° 496.

(2) HULKE (A group of cases of diseases of the rectum, *Med. Times and Gazette*, London, 1879, t. I, p. 504 et 535) relate un cas de chute de l'utérus et du rectum produite pendant les efforts de la défécation.

(3) KELSEY a constaté chez une femme, porteuse d'un rétrécissement à un pouce au-dessus de l'anus, qu'au moment de la défécation le rétrécissement s'abaissait jusque dans le canal anal, que des plis de muqueuse s'y engageaient, et qu'à ce moment sortaient des matières

forme seraient en rapport avec le siège du rétrécissement. Les matières rubanées se rencontreraient dans les rétrécissements voisins de l'anus ; les matières ovillées, au contraire, dans les rétrécissements plus haut situés ; elles reprendraient une forme arrondie en séjournant quelque temps dans la partie d'intestin située au-dessous du point rétréci. Cette distinction nous semble sans valeur. On peut, du reste, chez la même malade, voir tantôt des matières rubanées, tantôt des matières normales.

Chez quelques malades, les matières sont constamment liquides, par suite de l'irritation catarrhale du bout supérieur et de cet autre fait que le rétrécissement ne laisse pas passer les matières solides.

Si le processus scléreux a envahi la région sphinctérienne, toute la partie terminale de l'intestin se trouvant convertie en un tube rigide, en même temps que de la rétention il y a de l'incontinence, et, de temps à autre, on voit les matières liquides soit sourdre d'une manière continue, soit s'échapper sous forme de fusée en quelque sorte.

Outre ces divers troubles de la défécation, on constate la présence d'un écoulement anormal. Quelquefois réduit à un simple voile catarrhal ou muco-purulent recouvrant les matières, cet écoulement est le plus souvent purulent et peut être mêlé de sang; il peut même y avoir exceptionnellement de véritables hémorrhagies (1).

L'écoulement est très abondant et répand une odeur infecte. Il se fait à l'occasion des garde-robes et dans leur intervalle, soit sous forme de selles entièrement purulentes, soit quelquefois sous forme d'un écoulement continu par l'orifice anal, pouvant faire croire à l'évacuation d'un abcès par l'anus.

aplaties, puis qu'un instant après, l'effort périnéal diminuant, le rétrécissement remontait, les plis de muqueuse se relâchaient, et l'on voyait paraître des matières d'aspect presque normal. Il en conclut qu'un rétrécissement d'un calibre assez large peut ne laisser passer que des matières très petites, s'il s'abaisse jusque dans la région sphinctérienne, et constitue le dernier orifice à travers lequel passent les matières (*Diseases of the rectum and anus*, N.-Y., 4e éd., 1893, p. 352).

(1) Nous insistons sur ce point noté chez plusieurs de nos malades; certes l'hémorrhagie n'est pas ici un phénomène presque constant, comme dans les néoplasmes, mais elle n'est pas très rare, et se produit spontanément dans des cas où le toucher ne ramène pas la moindre goutte de sang. Une de nos malades perdait du sang, comme si elle avait ses règles, pour employer son expression.

compliquée par le développement d'un *abcès*. Quelquefois même l'abcès, et la fistule qui le suit, constituent les premiers signes qui attirent l'attention du malade.

Il n'est pas rare de voir des *fistules* à orifices multiples, peu suppurantes, s'étendant parfois assez loin. Dans l'observation suivante, on voit les fistules occuper une bonne partie de la vulve, et s'étendre jusque sur la face interne d'une des cuisses.

Obs. LXVI. — *Rétrécissement du rectum chez une syphilitique. Trajets fistuleux multiples. Excision partielle et suture des trajets. Rectotomie latérale.* — A. W..., 42 ans, lingère, entre le 7 novembre 1892 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 9 *bis*. Réglée à 12 ans régulièrement, n'a jamais fait de maladies graves, sauf une fièvre typhoïde il y a deux ans. Mariée à 15 ans, elle est accouchée à 18 ans, à terme, d'un enfant actuellement vivant et bien portant. Pas d'autre grossesse.

La malade raconte qu'au moment de sa naissance on a dû lui faire une opération sur l'anus imperforé. Depuis ce moment, elle a eu un prolapsus du rectum qui n'a cessé de sortir que vers l'âge de 15 ans. C'est à peu près vers la même époque qu'elle a commencé à avoir de la constipation. Celle-ci a notablement augmenté dans ces deux dernières années, et en même temps les selles sont devenues très difficiles. En janvier dernier, la malade vit brusquement se développer au-devant de l'anus une tuméfaction qui envahit la grande lèvre droite, puis s'ouvrit spontanément. De petits orifices fistuleux se formèrent secondairement, jusque sur la face interne de la cuisse correspondante.

A l'examen de l'anus, on trouve de petites marisques flétries, sans traces d'une opération antérieure. La peau de la marge de l'anus est épaissie à droite ; cet épaississement se continue avec une tuméfaction de la grande lèvre du même côté ; sur celle-ci, on voit de nombreux orifices fistuleux à bords indurés, calleux. Des orifices analogues se voient sur la face interne de la cuisse correspondante, jusqu'à quelques centimètres au-dessous du pli fessier. Toutes ces parties présentent une teinte foncée, et sont indurées comme le sont souvent les fistules périnéales urinaires.

En introduisant le doigt dans le canal anal, on trouve que celui-ci est inégal, induré, présentant au niveau de sa partie antérieure droite une dépression, origine probable d'un trajet fistuleux. A mesure que l'on enfonce le doigt plus loin, le rectum se rétrécit au point de ne mesurer, à 6 centim. de sa terminaison, que le calibre exact de l'index. Le doigt franchit néanmoins le rétrécissement, mais comme c'est l'extrême limite qu'il peut atteindre, il ne permet d'acquérir aucun renseignement sur les caractères de la muqueuse sous-jacente.

Bien que la malade n'avoue aucun antécédent syphilitique, on constate sur la paume des deux mains une syphilide papulo-squameuse, donnant l'aspect typique du psoriasis syphilitique.

29 novembre 1892, la malade étant anesthésiée par M. le Dr Bourbon, M. Hartmann pratique, avec l'aide de M. Lieffring, l'opération suivante : incision et excision ou grattage d'une série de trajets fistuleux qui vont de la partie interne de la cuisse droite dans la grande lèvre correspondante. Tous ces trajets sont situés dans le tissu sous-cutané, bien que parfois dans des plans superposés.

En arrière, les trajets s'enfoncent plus profondément dans la fosse ischio-rectale. Un trajet s'ouvre en avant et à droite dans la partie supérieure du canal anal. Un autre contourne en fer à cheval le segment antérieur de l'anus.

Lorsque tous ces trajets sont excisés, nettoyés, nous examinons le rectum. Il admet difficilement le doigt, et est le siège d'un rétrécissement infundibuliforme dont la partie profonde est la plus étroite.

Comme le canal anal se trouve, par le fait de l'incision d'un trajet fistuleux, fendu en avant et à droite, nous continuons à inciser le rectum au même endroit, jusqu'à la limite supérieure du rétrécissement. Cette rectotomie antéro-latérale droite terminée, nous pouvons, en attirant avec des pinces les parties sectionnées, examiner l'état de la muqueuse sur toute la partie terminale du rectum.

Cette muqueuse a perdu son aspect velouté, elle est grisâtre, présente des traînées d'apparence cicatricielle dirigées parallèlement à l'axe du rectum. Le point le plus rétréci est marqué par un contour fibreux inextensible. Au-dessus, il n'y a pas d'ulcération. Sur la surface de section, les tuniques rectales ont perdu leur aspect et ne se distinguent plus les unes des autres : tout est fibreux, uniforme.

Réunion immédiate des trajets de la grande lèvre et de la cuisse. Attouchement du rectum au thermocautère. Un tampon iodoformé est placé sur la ligne de rectotomie et un gros drain dans le rectum.

Suites normales. Toutes les parties réunies se sont cicatrisées par première intention, et le 14 décembre la malade quitte l'hôpital avec un rectum large présentant en avant et à droite une ulcération qui correspond à l'incision de rectotomie non encore cicatrisée.

Dans cette observation les fistules, bien que présentant une grande extension, restaient des fistules superficielles; c'est le cas le plus ordinaire. Ces fistules, qui communiquent les unes avec les autres, arrivent finalement à un trajet perforant l'anus ou le rectum au-dessous du rétrécissement. Il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois elles ont pour point de départ l'ulcération supérieure au rétrécissement. Elles occupent alors l'espace pelvi-rectal supérieur, peuvent s'ouvrir dans le vagin ou même la vessie. Enfin d'autres fois l'inflammation s'étend vers la fosse iliaque, comme nous en avons observé un cas, donnant ainsi lieu à des suppurations prolongées qui contribuent à affaiblir les malades.

Une autre complication des plus sérieuses, heureusement rare, est *la péritonite*, soit aiguë généralisée, soit chronique limitée. La péritonite aiguë généralisée a été observée spontanément par rupture de l'intestin altéré pendant un violent effort de défécation, ou consécutivement à une intervention du chirurgien (simple toucher, passage de bougie, etc.). Cet accident malheureux est arrivé à un certain nombre d'opérateurs

expérimentés. Aussi, malgré la tentation qu'on peut avoir de franchir un rétrécissement, il faut procéder à toutes les manœuvres avec la plus grande douceur.

La pelvi-péritonite limitée, adhésive, n'est pas rare à l'autopsie des rétrécis. Il arrive même que les adhérences et les brides déterminent un nouveau rétrécissement de l'intestin, plus haut situé que le premier. Ordinairement cette péritonite localisée ne se traduit cliniquement par aucun symptôme ; dans quelques cas, on se trouve en présence de pelvi-péritonite suppurée. On a vu, dans ces cas, la suppuration s'étendre progressivement et arriver à s'ouvrir à l'ombilic (1).

Diagnostic. — Le *diagnostic* du rétrécissement est facile. Il suffit de faire le toucher rectal. Celui-ci doit être toujours pratiqué avec douceur. Même alors il peut être l'origine d'accidents. Chez une femme observée par le professeur Lannelongue, le lendemain d'un toucher qui avait fait constater un rétrécissement à 5 ou 6 centim. de l'anus, on vit se développer des accidents péritonitiques qui amenèrent une mort rapide. La pression digitale, bien que faite avec prudence, avait déterminé la rupture dans le péritoine d'un abcès latéro-rectal (2).

Le simple examen de l'anus aura le plus souvent déjà fait prévoir l'existence d'une lésion rectale. Assez ordinairement cet orifice est le siège de petites excroissances de consistance ferme, lardacée, quelquefois excoriées, ce sont des condylomes. Le tégument de la région est souvent épaissi, comme s'il était chroniquement enflammé, et l'on peut y voir, bien qu'exceptionnellement, des traînées papillomateuses.

Chez le malade dont nous relatons ci-après l'observation, ces productions papillomateuses et cet épaississement des téguments avaient atteint un développement considérable.

Obs. LXVII. — *Rétrécissement syphilitique ano-rectal avec fistules multiples. Épaississement et état papillomateux de la peau. Rectotomie et incision des fistules. Amélioration.* — C. D..., 31 ans, charretier, entre à l'hôpital Bichat le 3 mai 1893. Ce malade a eu, en 1885, un chancre du gland suivi du développement de plaques muqueuses sur les parties génitales

(1) Orth. *Beitrage zür Geburtshülfe und Gynäkologie*, Berlin, 1874, t. III, p. 132.
(2) Lannelongue (O.). *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 23 octobre 1872, p...

et d'éruption cutanée. En 1886, étant encore au service militaire, il eut à l'anus une petite végétation que le médecin qualifia du nom d'hémorrhoïde. Six à sept mois plus tard, cette petite végétation avait notablement augmenté, et d'autres plus petites apparaissaient à côté. Il n'avait cependant pas encore de difficultés pour aller à la garde-robe ; celles-ci ne survinrent qu'en 1887 ; elles augmentèrent progressivement, et il se forma des fistules, si bien qu'en 1889 il entra une première fois à l'hôpital Bichat où M. Terrier lui fit une rectotomie.

12 mai 1893. La région anale a complètement perdu sa forme et son aspect. Toute la

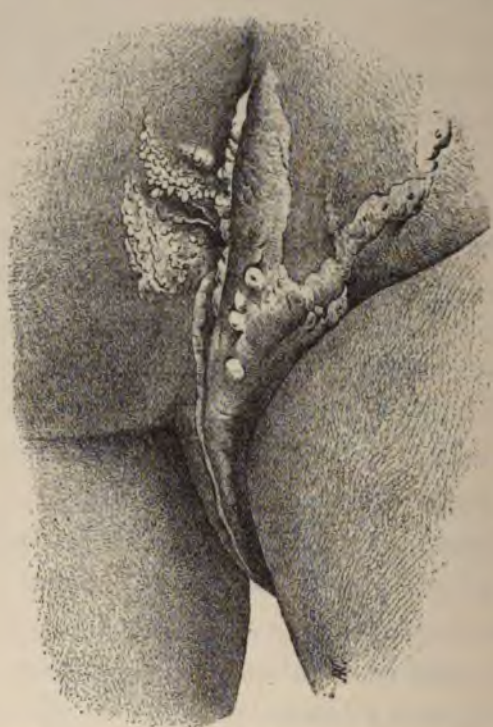


FIG. 99. (Obs. LXVII.) — *Rétrécissement avec fistules.*

Épaississement considérable de la peau et productions papillomateuses disposées en séries suivant la direction de plis rayonnés.

partie droite du périnée postérieur est infiltrée ; l'infiltration s'étend jusque sur la fesse correspondante dont elle occupe la moitié postéro-inférieure. La peau de cette région est altérée et présente dans toute la marge de l'anus un aspect papillomateux, rappelant de la peau de chagrin à très gros grains ; elle est en même temps œdématiée.

Cet épaississement avec état papillomateux des parties s'étend, d'une part en avant, à droite du raphé périnéal, et d'autre part, en arrière, parallèlement au pli sous-fessier. On y remarque un certain nombre de petites saillies, dont quelques-unes, en forme de cul de poule, sont perforées à leur sommet et laissent écouler un liquide séro-purulent. Dans l'angle compris entre la partie éléphantiasique de la marge et la traînée parallèle au pli fessier, la

peau est lisse et ne présente pas d'altération autre qu'une dépression arrondie, un peu violacée, dépression correspondant évidemment à un trajet fistuleux dont l'orifice externe est actuellement fermé. De plus, lorsqu'on cherche à la plisser, on constate dans les parties sous-jacentes, une infiltration dure qui fait corps avec elle et empêche absolument de faire un pli. On n'arrive pas, par la pression prolongée, à déterminer la production d'une cupule d'œdème. Lorsque l'on déplisse la région de l'anus, on voit qu'elle est occupée par des productions papillomateuses à gros grains qui ont tendance à se disposer comme des lamelles en forme de crêtes de coq convergeant vers la cavité même du canal anal. Celui-ci, aussi loin que l'on peut voir lorsque l'on déplisse fortement les parties, a totalement perdu son aspect normal : il est lisse, grisâtre, d'apparence cicatricielle, avec des dépressions fissuraires dont le fond même semble actuellement cicatrisé.

Au toucher rectal, le doigt pénètre dans un canal anal qui est induré, inégal par suite de la présence de colonnes, à direction générale verticale, séparées par des sillons, le tout étant lisse sans ressembler le moins du monde à une muqueuse normale. Lorsqu'on enfonce le doigt un peu plus loin, on constate qu'à 5 centim environ de l'orifice de l'anus le calibre de l'intestin se rétrécit manifestement. Le doigt peut cependant pénétrer et dépasser la partie rétrécie sans pouvoir aller au delà et préciser l'état de la muqueuse sus-jacente.

Les garde-robes sont très difficiles et douloureuses bien qu'il y ait incontinence des matières liquides. Suppuration rectale abondante, peu abondante par les fistules.

Le 4 juin, incision des trajets fistuleux, rectotomie latérale droite de toute la partie rétrécie et excision et cautérisation des productions papillomateuses, par M. HARTMANN.

Aucun incident post-opératoire ; le malade quitte l'hôpital le 26 juillet 1893.

Le 9 février 1895, nous revoyons le malade. Il suppure toujours et perd des matières liquides. Il a cependant des garde-robes indolentes sous forme de fèces du volume du petit doigt. L'orifice anal est de nouveau entouré de végétations papillomateuses qui s'étendent en traînées vers les fesses ; l'index franchit à frottement l'orifice anal situé au fond d'une sorte d'entonnoir à plis hypertrophiés ; le rectum est dans toute la partie explorable rèche, demi-rigide et manifestement rétréci. L'exploration détermine un très léger saignement.

EXAMEN HISTOLOGIQUE d'un fragment excisé au cours de la rectotomie, par M. TOUPET. — La peau de la région anale est très hypertrophiée, avec des formations papillomateuses occupant deux ou trois fois l'épaisseur de la peau normale.

Immédiatement au-dessus du sphincter, la muqueuse disparaît complètement, en formant une sorte d'encoche, et on ne la voit reparaître que 2 centim. environ au-dessus, sous forme de muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié.

La couche sous-jacente à la peau, celle qui forme la limite interne de l'ulcération, est constituée par des fibres conjonctives dont les faisceaux sont entrecroisés en différents sens ; entre les faisceaux on trouve aussi de petit îlots graisseux, surtout au niveau de la portion ulcérée. Là où la muqueuse reparaît, la graisse disparaît sans que le tissu fibreux subisse d'autres modifications.

Beaucoup plus profondément, au niveau de l'ulcération, le tissu conjonctif présente de petits nodules de tissu embryonnaire irrégulièrement disséminés, les uns nettement arrondis, d'autres irréguliers, allongés, quelques-uns ayant nettement à leur centre un vaisseau, d'autres laissant encore soupçonner la lumière d'un vaisseau ancien, autour duquel ils se sont développés. Ces amas sont extrêmement nombreux, mais ils ne forment

pas de gros nodules nettement arrondis et déjà ramollis au centre, comme nous en avons vu sur des coupes d'autres rétrécissements.

Sur une grosse artère qui apparaît sur la coupe, on trouve une prolifération de l'endartère limitée à un tiers environ de la circonférence du vaisseau. Il n'y a pas de périartérite. D'autres vaisseaux artériels de moindre calibre présentent également de l'endartérite.

Au toucher, dès la traversée anale, ou immédiatement au-dessus, on trouve des lésions de la muqueuse, qui est rêche, inégale, présente des épaississements columnaires et fait corps avec les parties sous-jacentes.

Presque jamais nous n'avons vu la muqueuse *complètement* saine au-dessous du rétrécissement, qui ordinairement affecte la disposition en entonnoir. Deux fois cependant, le rétrécissement se présentait sous la forme d'un anneau, inclus dans la paroi rectale, sans rectite granuleuse au-dessous, et sans condylome.

Lorsque le rétrécissement est assez haut placé, ce qui est exceptionnel dans la variété qui nous occupe, et lorsque le doigt ne peut le franchir à cause de son étroitesse (1), on peut en déterminer la longueur en recourant à des instruments appropriés, sondes à boules, sondes à sac de baudruche insufflable de Laugier, ballon dilatateur de Tarnier, bougies à empreinte, etc. L'instrument le plus pratique est encore l'explorateur à bout olivaire, identique à celui dont on se sert pour l'examen de l'urèthre. En ramenant à soi l'instrument, après lui avoir fait franchir le rétrécissement, le talon butte et indique sa limite supérieure.

Ces explorations instrumentales doivent être faites avec les plus grands ménagements. Une femme du service de Laugier est morte d'une péritonite suraiguë, ayant débuté le lendemain d'une exploration faite avec une bougie de gomme élastique. L'autopsie montra une perforation intestinale, résultat probable de l'exploration (2).

On constatera ainsi que le rétrécissement a une certaine hauteur, que ce n'est pas une simple bride, mais plutôt un cylindre.

Ce caractère, en même temps que la rectite concomitante, permettront

(1) Le toucher vaginal rend alors des services, en montrant l'étendue de l'induration rectale.

(2) PINGUET. *Des rétrécissements du rectum, appréciations des diverses méthodes thérapeutiques.* Thèse de Paris, 1873, n° 17, p. 27.

de distinguer ce rétrécissement des rétrécissements cicatriciels en forme de brides, ou des congénitaux en forme de valvule, de croissant, de diaphragme.

Bien qu'occupant une certaine hauteur, et s'accompagnant d'une infiltration de la paroi rectale, le rétrécissement inflammatoire n'arrive jamais à produire une véritable tumeur. L'examen direct, et surtout, chez la femme, la combinaison du toucher vaginal avec le rectal, fait constater de la manière la plus évidente l'absence de toute tumeur, signe important à constater. Il est en effet des formes de cancer en virole qui, avant l'ulcération, peuvent parfaitement donner le change, de même qu'il y a des rétrécissements s'accompagnant d'un état cachectique tel que l'on croit a priori à une tumeur maligne. Dans tous ces cas, c'est la présence ou l'absence d'une tumeur qui permet de faire le diagnostic.

D'autres erreurs sont encore fréquemment commises, soit qu'on prenne pour une *simple constipation* les selles rares et difficiles dont se plaignent les malades, soit qu'on croie à une *diarrhée dysentériforme*, en présence de selles liquides, muqueuses, glaireuses, sanguinolentes, ce qui est rare mais ce qui arrive néanmoins, comme nous l'avons vu chez certains rétrécis.

Une autre cause d'erreur consiste à prendre les condylomes qui entourent l'anus pour des *hémorrhoïdes*, ou à considérer une *fistule anale* comme simple, quand elle est symptomatique d'un rétrécissement : dans tous ces cas, c'est le toucher qui assure le diagnostic.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un *rétrécissement haut situé*, cas rare il est vrai, le diagnostic est des plus difficiles. Ces rétrécissements se traduiraient, au dire de Kümmell (1), qui en a observé quelques exemples, par des symptômes assez vagues : pesanteur, brûlure stomacale, perte de l'appétit, trouble dans l'état général. On est d'autant plus éloigné de la véritable interprétation des faits, que ces malades souffrent parfois d'une diarrhée opiniâtre. Aussi sont-ils soignés médicalement pendant des mois. Les symptômes, qui attirent l'attention vers le rectum, n'apparaissent que peu à peu ; ce sont des douleurs passagères au niveau du sacrum,

(1) Hermann Kümmel. Ueber hochgelegene Mastdarmstrikturen. *Sammlung klinische Vorträge*, n° 285.

des épreintes, du ténesme avec évacuation insuffisante. Ces malades sont, dit Kümmel, pris d'un besoin pressant d'aller à la garde-robe au réveil. Ils n'évacuent cependant à ce moment que des mucosités, et encore au prix d'efforts violents. Un peu plus tard, ils ont une véritable garde-robe, et n'éprouvent qu'à ce moment une sensation de bien-être. Ces symptômes locaux s'accompagnent d'amaigrissement rapide et de perte des forces ; les malades arrivent à prendre l'aspect cachectique des cancéreux.

Le rétrécissement étant trop haut situé pour être atteint avec le doigt, il faut recourir à l'exploration instrumentale. On sait combien sont nombreuses les causes d'erreur : l'engagement de la sonde dans un pli de muqueuse, l'arrêt contre le promontoire (1), le passage contre des matières fécales dures.

On ne s'arrêtera donc au diagnostic de rétrécissement haut situé qu'après avoir bien pesé tous les signes observés, se rappelant que ces rétrécissements sont beaucoup plus rares que ne l'avaient laissé croire les auteurs de la première moitié de ce siècle (2).

Pronostic. — Le pronostic des rétrécissements inflammatoires est sérieux en raison des difficultés du traitement. On n'en est plus à compter les échecs de la dilatation et des diverses rectotomies. L'extirpation, qui a pu passer pendant un temps pour une méthode radicale, ne met pas, comme nous le verrons plus loin, le malade à l'abri des récidives, la rectite qui persiste entraînant la production de nouvelles sténoses.

Les rétrécissements sont, de plus, graves par les accidents qu'ils peuvent déterminer : phlegmons, fistules, suppuration rectale intarissable, troubles nutritifs, etc.

(1) SYME relate à cet égard l'histoire d'une malade que l'on avait dilatée pendant un temps extrêmement long, et qui à l'autopsie présenta un rectum absolument sain. L'un des chirurgiens qui l'avait dilatée, présent à l'autopsie, introduisit alors une bougie dans l'anus, retrouva la sensation qu'il avait du vivant de la malade, et constata qu'à ce moment il était au niveau du promontoire (*Diseases of the rectum*, 3e édit., 1854).

(2) CRIPPS, relevant 70 cas observés à l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, ne trouve que trois fois un rétrécissement siégeant au delà de la limite du doigt ; encore faut-il dire que dans un de ces trois cas, l'index pouvait, sous le chloroforme, atteindre le rétrécissement (*Diseases of the rectum*, 2e édition, London, 1890, p. 241).

Ils sont toutefois compatibles avec une existence assez prolongée, et l'on voit des malades qui, régulièrement soignés, vivent pendant des périodes de dix, quinze et même vingt ans.

Traitement. — Le traitement radical des rétrécissements inflammatoires du rectum est encore à trouver. L'extirpation avait semblé tout récemment devoir promettre la guérison définitive. Nous verrons que malheureusement on doit aujourd'hui abandonner les belles espérances du début. Quelque imparfaite qu'elle soit dans ses résultats définitifs, l'extirpation reste encore, lorsqu'elle est possible, le meilleur traitement palliatif des rétrécissements du rectum. C'est elle surtout que nous étudierons dans ses résultats immédiats et éloignés.

Auparavant nous devons exposer les diverses méthodes qui se sont partagé et qui se partagent encore les chirurgiens.

1° *Traitement médical.* — Le traitement *médical* n'a guère donné de résultats.

Vidal (de Cassis), A. Guérin, Trélat, Fournier auraient obtenu par le traitement spécifique sinon des guérisons complètes, tout au moins des améliorations considérables. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et l'on peut dire qu'en règle le traitement antisyphilitique n'a aucune action sur le rétrécissement constitué. C'est tout au plus si, dans certains cas rares de lésions rectales syphilitiques jeunes, l'évolution peut être heureusement influencée par l'administration des médicaments spécifiques.

La médecine, sans action directe sur la lésion, devra le plus souvent se borner à soutenir les forces du malade par un traitement tonique et un régime approprié, et à favoriser la régularité des garde-robes par l'emploi de lavements ou par celui de purgatifs dont on n'usera que d'une manière modérée, recourant alors de préférence aux agents doux, l'huile de ricin à petites doses, par exemple.

2° *Dilatation lente.* — Les premières dilatations de rétrécissements ont été obtenues dans un tout autre but. Désirant appliquer directement sur la lésion un médicament spécifique, Desault introduisit dans les

rétrécissements des mèches enduites d'onguent mercuriel. Il en obtint de bons résultats. Plus tard, on vit que ceux-ci étaient uniquement dus à l'action de la mèche qui, par sa présence, déterminait, comme le disait Dupuytren, des phénomènes de ramollissement et de résorption du tissu scléreux. Ensuite, on eut recours à des bougies de cire, à des tiges de laminaire, des cordes à boyaux, de l'éponge préparée. Pour permettre le passage des gaz, on a monté les mèches sur de petits tubes en métal permettant aux vents de s'échapper au dehors (1).

Tous ces moyens sont aujourd'hui abandonnés, et l'on ne pratique plus la dilatation lente qu'en se servant de bougies, soit de bougies en gomme comparables aux bougies uréthrales mais à extrémité mousse, soit de bougies plus rigides du type des bougies Hegar employées pour la dilatation utérine.

C'est une méthode qu'il faut employer avec la plus grande douceur.

FIG. 100. — Bougie de Hegar.

malade étant couché sur le dos, les cuisses relevées et écartées sur un lit à spéculum, le chirurgien, placé entre les jambes, engage l'indicateur gauche jusqu'à l'entrée du rétrécissement. Sur cet index qui sert de guide, on conduit la bougie préalablement bien graissée, et chaude plutôt que froide, lentement, avec ménagement, n'insistant pas si l'on ne peut passer. Telle bougie, qui un jour s'engage simplement dans l'entrée d'un rétrécissement, le franchit facilement le lendemain (2).

Une fois le rétrécissement dilaté, il faut engager le malade à passer lui-même une bougie par semaine.

Les séances sont le plus souvent assez courtes : on se contente de passer deux ou trois bougies, commençant par un ou deux numéros

(1) TANCHOU. Traitem. du rétréc. du rectum ; introd. de mèches par un procédé nouveau. *Gaz. méd. de Paris*, 1833, 2e sér., t. I, p. 667. *Traité des rétrécissements du canal de l'urètre et de l'intestin rectum*, Paris, 1835.

(2) CRIPPS conseille de faire, une demi-heure avant la dilatation, une petite injection d'eau et d'huile chaude : on vide ainsi l'intestin, et l'on calme les sphincters et les releveurs qu'on rend moins irritables.

au-dessous du plus gros numéro passé pendant la séance précédente, et montant d'un numéro au-dessus. Chaque bougie n'est laissée en place que quelques secondes et non plusieurs heures ; cette dernière pratique ne peut qu'irriter le rectum (1).

La dilatation doit être lente et progressive; c'est une méthode qui exige de la patience. Pour être utile, il faut qu'elle ne soit pas douloureuse et qu'elle n'augmente pas la suppuration.

Elle est, du reste, quelquefois mal supportée : chez une femme de 22 ans, elle déterminait des douleurs atroces et des crises hystériques (2); chez une autre, de la rétention d'urine (3); d'autres fois elle détermine la production de phénomènes inflammatoires (irritabilité locale, douleur, augmentation de l'écoulement ; tuméfaction et rougeur des plis de l'anus, etc.). Enfin, elle peut même être le point de départ d'accidents mortels par perforation du rectum ; Curling en relate plusieurs cas (4), John Deaver (5), Morton (6), Georges P. Biggs (7) et d'autres en ont encore publié des exemples.

Au début, les séances ont lieu tous les jours, à intervalles un peu plus éloignés, deux à trois jours, s'il y a de la réaction inflammatoire. On fait une série d'introductions successives. A chaque séance on commence par un des numéros moyens employés dans la séance précédente, pour arriver au plus fort numéro possible qui est laissé en place. On ne doit cesser que lorsque toute tendance à la rétraction a disparu (8).

(1) C'est dire que nous laissons de côté la dilatation permanente qui a cependant donné des succès (voir MC MASTER (N. G.), Treatment of syphilitic stricture of rectum by means of pressure and local application of mercurial ointment ; failure of cure by incision, *New-York medic. Journ.*, 1876, t. XXIV, p. 376).

(2) CARRÉ. *Du rétrécissement dit syphilitique du rectum*. Th. de Paris, 1892-1893, n° 118, p. 57.

(3) BLONDEAU. *Arch. générales de médecine*, Paris, 1868, t. I, p. 501.

(4) CURLING. *Traité des maladies du rectum*, trad. franç., Paris, 1883, p. 152.

(5) JOHN DEAVER. In *Presse médicale*, Paris, 10 février 1894.

(6) MORTON. In *Presse médicale*, Paris, 10 février 1894.

(7) GEORGES P. BIGGS. *Medical Record*, N.-Y., 1893, t. I, p. 699.

Cet auteur rapporte même un cas de perforation d'intestin sain, à 21 centim. de l'anus, perforation survenue à la suite de la dilatation d'un rétrécissement imaginaire chez un homme souffrant de troubles intestinaux.

(8) Récemment Crédé est revenu sur cette méthode de la dilatation. Comme il laisse la bougie en place pendant des heures, il a fait construire des bougies en caoutchouc durci ou en métal, ayant une forme incurvée, correspondant à l'incurvation du sacrum, un bout conique, un manche court et mince, l'autre extrémité se terminant par un contour ar ondi. Les malades

C'est dire que les malades devront presque toute leur vie passer des bougies, la tendance à la rétraction ne disparaissant pour ainsi dire jamais. Les bougies soulagent mais ne guérissent pas, a écrit Dupuytren (1).

3° *Dilatation brusque.* — La dilatation brusque, extemporanée, a été préconisée par A. Cooper. On l'a pratiquée avec les doigts ou avec des dilatateurs spéciaux (dilatateurs d'Amussat, de Nélaton, de Demarquay, etc.). Cette méthode brutale expose à de nombreux accidents. Elle fut entre les mains d'Allingham la cause d'une hémorrhagie grave qui nécessita un tamponnement du rectum. Plusieurs fois même elle a déterminé la mort; celle-ci est survenue chez des opérées de Le Dentu (2), de Verneuil (3). Une malade de Trélat survécut, mais après une poussée de pelvi-péritonite et deux énormes abcès (4).

C'est aujourd'hui une méthode condamnable et justement délaissée.

Cautérisation. — La cautérisation préconisée par Everard Home,

s'introduisent eux-mêmes ces bougies dont le manche étroit fait saillie à travers l'anus sans

FIG. 101. — Bougie de Crédé.

le maintenir dilaté. Comme l'introduction des premières bougies est quelquefois douloureuse, Crédé n'hésite pas, en pareil cas, à recourir au chloroforme ou au bromure d'éthyle. Si le rétrécissement ne cède pas, il fait même en six ou huit points de petits débridements avec un bistouri boutonné, et traite ensuite le rétrécissement comme dans les autres cas (CREDE, Die Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen, *Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1892, t. XLIII, p. 175).

(1) C'est l'opinion de Bushe, de Coller, de D. Mollière, etc.; c'est la nôtre. Nous ne parlerons que pour mention de la dilatation avec de petits ballons en baudruche ou en caoutchouc que l'on introduit dans le rétrécissement et que l'on gonfle ensuite. Ce procédé, employé autrefois en France par le professeur Guyon, est encore conseillé par Ball, qui se sert du ballon de Barnes l'accoucheur.

L'efficacité de cette méthode nous semble des plus douteuses, et, en tous cas, sa simplicité moindre que la dilatation par les bougies suffit à la faire rejeter.

(2) Observation relatée par THAON. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1872, p. 400.

(3) Observation communiquée à la Société de chirurgie par VERNEUIL (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1872, p. 450).

(4) TRÉLAT. *Bulletins de la Société de chirurgie*, Paris, 1872, p. 573.

Amussat, Robert, encore pratiquée par Richet, est aussi abandonnée. S'il y a eu parfois momentanément un écoulement plus facile des matières au moment de la chute des eschares, le processus cicatriciel n'a pas tardé à déterminer la production de rétrécissements plus serrés encore qu'avant la cautérisation.

Électrolyse. — Pratiquée une fois avec succès en France par Le Fort (1), plus souvent en Amérique par Neumann (2), l'électrolyse n'est guère entrée dans la pratique. Nous n'avons, sur cette méthode, aucune expérience personnelle.

Rectotomie interne. — La rectotomie interne a été, au début, pratiquée largement et préconisée comme moyen de cure définitive. Stafford (3), Hawkins, Amussat, Rigaud, etc., y eurent recours. Mais, à la suite de ces incisions profondes surviennent des hémorrhagies graves, des infiltrations stercorales et des phlegmons diffus, s'expliquant d'autant plus facilement que, par le fait de la douleur, il y a contracture des releveurs et des sphincters. Aussi n'a-t-on pas tardé à abandonner ce mode de traitement.

La rectotomie interne a été conservée à titre d'opération préliminaire à la dilatation. Elle se réduit alors à de petits débridements de 2 à 4 millim., que l'on fait soit avec un bistouri boutonné, soit avec un instrument spécial. Le professeur Tillaux a imaginé, dans ce but, un instrument qui rappelle l'uréthrotome de Civiale. Il se compose d'une tige creuse surmontée d'une olive. A l'aide d'une vis contenue dans la tige, on fait saillir deux lames, cachées dans l'olive quand l'appareil est fermé.

Même ainsi limitée à de petits débridements, la rectotomie interne ne met pas le malade à l'abri d'accidents. Ce qui augmente les chances d'infection, c'est que le sphincter, n'étant pas divisé, se contracte spasmodiquement sous l'influence de la douleur, favorisant ainsi l'absorption

(1) Le Fort. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 8 mars 1873, p. 221.

(2) Neumann (R.). Electrolysis in the treatment of stricture the rectum. *Journ. Americ. med. Assoc.*, Chicago, 17 mai 1890, t. I, p. 701.

(3) Stafford (R.-A.). — On division of stricture of the rectum, high up in the gut by a new instrument. *London medical Gaz.*, 1834, t. XIV, p. 607.

des matières septiques contenues dans l'intestin. Une malade de Verneuil a dû son salut à ce que le chirurgien n'a pas hésité, en présence d'accidents menaçants, à faire suivre la rectotomie interne, quelques jours plus tard, d'une deuxième rectotomie, externe celle-ci, qui, ouvrant une large voie aux matières septiques, fit cesser les accidents inflammatoires consécutifs à la première intervention (1).

Malgré les accidents auxquels elle a donné lieu (2), la rectotomie interne est encore une opération pratiquée par un certain nombre de chirurgiens; Crédé, nous l'avons vu, y a recours, dans un certain nombre de cas, au début de son traitement par la dilatation progressive.

Rectotomie externe. — La rectotomie externe a primitivement été pratiquée au cours de l'incision de certaines fistules arrivant au-dessus d'un rétrécissement; c'étaient là des rectotomies en quelque sorte accidentelles.

La première rectotomie externe, faite de propos délibéré pour combattre un rétrécissement du rectum, semble avoir été pratiquée par Humphry, de Cambridge; ce dernier la proposa comme méthode générale de traitement des rétrécissements du rectum, en raison des analogies qu'elle présente avec l'uréthrotomie externe qui, dans les rétrécissements de l'urèthre, donne de bons résultats (3). Malgré le succès qu'il obtint dans deux cas, l'opération tomba à peu près dans l'oubli, et il faut, pour la voir renaître, arriver à la discussion qui eut lieu en 1872 à la Société de chirurgie de Paris (4).

Dans cette discussion, M. Panas rappela que son maître Nélaton avait, dès 1865, pratiqué la rectotomie postérieure, et que lui-même y avait eu recours. Mais c'est surtout le professeur Verneuil qui prit la défense de la rectotomie externe, et qui, depuis lors, n'a jamais cessé de la défendre dans ses leçons, ses publications et celles de ses élèves (5).

(1) CARRÉ. *Du rétrécissement dit syphilitique du rectum*, Th. de Paris, 1892-1893, n° 118, p. 71.

(2) Dans un cas de Gosselin, la mort par infection purulente a suivi de petits débridements multiples (LIOUVILLE. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1867, p. 724).

(3) HUMPHRY (G. M.). — Three cases of stricture of the rectum, treated by incision. *Association medical Journal*, London, 1856, p. 21.

(4) Voir *Bulletins de la Société de chirurgie*, Paris, 1872, 3e série, t. I, p. 447 et 537.

(5) CEROU. *Nouveaux faits pour servir à l'histoire de la rectotomie linéaire*. Th. de Paris,

La rectotomie externe, dénommée au début par Verneuil rectotomie verticale, comprend deux indications bien spécifiées par ce chirurgien :

1° Inciser verticalement la paroi rectale, de manière à ce que la section comprenne la totalité de la virole indurée, ou, en d'autres termes, le rétrécissement dans toute son épaisseur et surtout dans toute sa hauteur, y compris même, si faire se peut, quelques millimètres de la paroi saine à la limite supérieure du rétrécissement ;

2° Débrider tous les trajets fistuleux principaux et accessoires, comme dans les cas ordinaires de fistule à l'anus.

Ces deux temps peuvent être exécutés en une seule ou en plusieurs séances, suivant la gravité du cas et l'étendue des désordres. Lorsque cela est possible, il faut faire d'emblée la section du rétrécissement, parce que le soulagement est plus prompt, et que l'on met ainsi un terme immédiat aux accidents de rétention.

Cependant, si l'induration et le gonflement des parties molles étaient par trop considérables, on pourrait, dans un premier temps, en amener le dégorgement en incisant les principales fistules, et pratiquer dans un deuxième temps la section du rétrécissement.

Le lieu d'élection pour la rectotomie externe est la ligne médiane postérieure. Si le rétrécissement est élevé, on résèque le coccyx, ou l'on remonte sur sa partie latérale, donnant alors à l'incision une forme en baïonnette.

Lorsqu'il y a des fistules arrivant au-dessus du rétrécissement, on coupe celui-ci en fendant une des fistules ; la rectotomie n'est plus alors faite au lieu d'élection, mais au lieu de nécessité. S'il y a plusieurs fistules, on choisira celle qui, par son siège, se rapproche le plus de la ligne médiane postérieure.

M. Verneuil pratiquait cette rectotomie avec la chaîne de l'écraseur linéaire de Chassaignac, qu'il passait au-dessus du rétrécissement, soit par une des fistules, soit en perforant les tissus avec un trocart courbe qui servait à ramener la chaîne (1) : de là le nom de rectotomie linéaire

1875, n° 396. — TISON. *Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire.* Th. de Paris, 1877, n° 359. — ALBESCO. *De la rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice.* Th. de Paris, 1887, 1888, n° 139.

(1) Verneuil opérait de la manière suivante : L'index gauche étant introduit dans le rectum

Au dire de M. Ricard, la partie supérieure de la plaie en se cicatrisant forme souvent une sorte d'éperon, au-dessus duquel les matières stagnent et entretiennent la suppuration.

Frappé des inconvénients de la rectotomie postérieure, de la difficulté d'obtenir une cicatrisation rapide de la plaie, constamment souillée par les matières fécales, et de la rapidité avec laquelle survient la récidive, M. Péan a cherché à combler immédiatement la plaie de la rectotomie par une sorte d'autoplastie (1).

Il fait une incision médiane ayant une longueur à peu près égale à celle de la plaie muqueuse qui va résulter de la section du rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement. Puis attirant l'angle supérieur de la section rectale, il l'abaisse au contact de l'angle postérieur de l'incision cutanée et suture la muqueuse à la peau en ce point. Quelques autres points de suture assurent l'affrontement muquo-cutané dans le reste de la plaie. On n'éprouve de difficultés que dans les cas de rétrécissements anciens, lorsque le rectum a contracté des adhérences avec les parties voisines. Il faut alors, par une dissection minutieuse, libérer le rectum pour que l'affrontement se fasse sans tiraillements. Quatre observations sans résultats éloignés, publiées dans la thèse de M. Jacquinot (2), sont insuffisantes pour nous permettre de juger définitivement cette méthode, qui nous semble ingénieuse et qui donne des résultats excellents, si nous en jugeons par ce qui s'est passé chez une de nos malades, à laquelle l'un de nous a pratiqué une rectotomie autoplastique suivant le procédé de Péan. La rectite a persisté, mais deux ans après, lorsque la malade est morte cachectique, le rétrécissement ne s'était pas reproduit.

Rectoplastie. — S'appuyant sur les résultats obtenus par Heineke, Mikulicz, Orthman dans les rétrécissements annullaires cicatriciels du pylore, M. Schwartz a récemment pratiqué, dans un cas de rétrécissement cylindrique siégeant à la partie inférieure de l'ampoule rectale, une rectoplastie absolument analogue à leur pyloroplastie (3).

(1) PÉAN. Traitement des rétrécissements du rectum. *Bulletin médical*, Paris, 1889, p. 1387.
(2) JACQUINOT. *Du rétrécissement vénérien du rectum.* Th. de Paris, 1889-1890, n° 84.
(3) SCHWARTZ. Rétrécissement du rectum traité par la rectoplastie. *Presse médicale*, Paris, 1894, p. 301.

Une incision faite sur le raphé interfessier, depuis la pointe du coccyx jusqu'à deux ou trois centimètres de l'anus, ménageant par conséquent les sphincters, le conduisit sur la face postérieure du rectum. Ayant introduit un doigt dans l'intestin, il sectionna celui-ci verticalement au niveau du rétrécissement, et, à travers la fenêtre ainsi formée, il coupa la paroi rectale antérieure de haut en bas. L'incision verticale fut suturée transversalement ; le rétrécissement avait ainsi été supprimé, et le calibre de l'organe augmenté de toute l'étendue de la suture. En faisant les sutures, M. Schwartz laissa la plaie ouverte en arrière, constituant comme une sorte de soupape de sûreté. Il la tamponna à la gaze iodoformée.

Au moment de la publication de l'observation, le quinzième jour, la malade n'avait plus qu'une fistulette postérieure.

Entéro-anastomose. — Joseph B. Bacon (1), après avoir placé le malade dans la position de Trendelenburg, fait une laparotomie médiane

Fig. 102. — Pince-trocart destinée à porter la moitié femelle du bouton (d'après Bacon).

du pubis à l'ombilic. La branche mâle d'un bouton de Murphy est placée dans le point de l'anse sigmoïde qui va servir à l'anastomose, la branche femelle est introduite par l'anus, montée sur une pince-trocart avec laquelle on perfore la paroi du rectum au-dessous du rétrécissement. La tige du bouton, portée par la pince-trocart que dirige un aide, apparaissant dans l'abdomen, est saisie par la main gauche de l'opérateur qui, tenant la branche mâle de la droite, réunit les deux moitiés du bouton et établit l'anastomose.

Quelques sutures sont alors placées entre les points de l'anse sigmoïde et du rectum qui sont au contact, de manière à empêcher une anse grêle de s'y engager.

Le bouton est expulsé au bout de cinq à sept jours.

Un clamp est alors introduit à travers l'anus, l'une des branches s'en-

(1) Joseph B. Bacon. A new operation for the cure of strictures of the rectum and sigmoïd. *Mathew's medical quarterly*, Louisville, 1894, t. I, p. 1.

gageant dans la boutonnière qu'on vient de créer, l'autre dans le rétré-

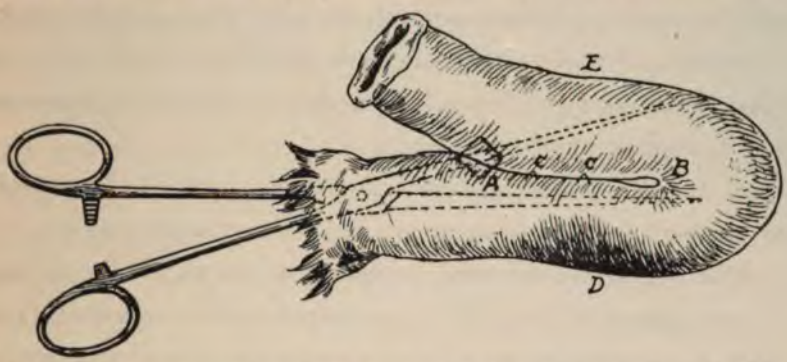


FIG. 103.— Une pince, tenant lieu d'entérotome est placée mais non serrée sur la cloison *AB* formée par l'adossement de l'anse repliée et maintenue par des sutures *CC*. Le point rétréci répond à la lettre *D* (d'après BACON).

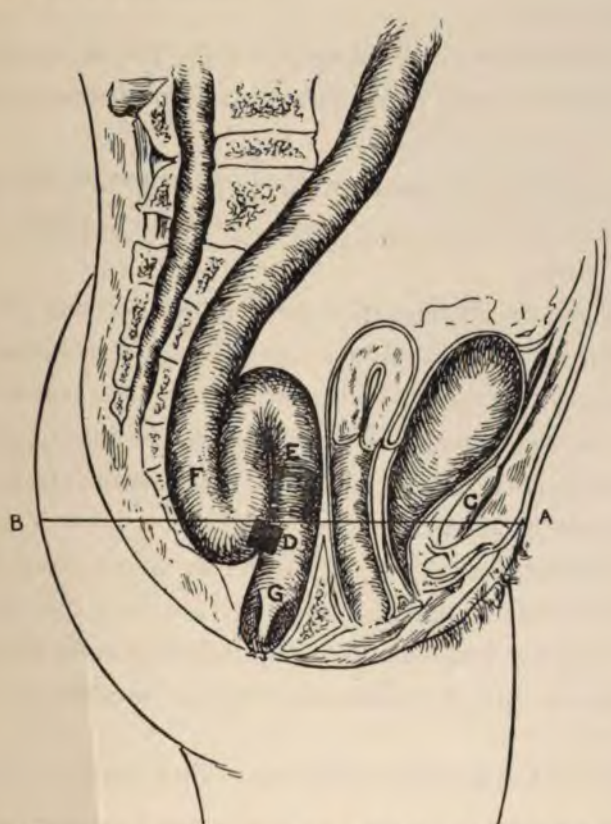


FIG. 104. — Entéro-anastomose rectale par la voie sacrée (d'après BACON).
La ligne *AB* représente la limite inférieure du releveur. *D* le bouton anastomotique en place après résection du sacrum.

cissement, de telle manière que les deux branches en se rapproch[illegible]t écrasent la cloison qu'elles enserrent. En serrant progressivement l[illegible]s mors on arrive à détruire complètement cette cloison. Le calibre du rect[illegible]m se trouve alors très agrandi par l'adjonction de ce canal supplémenta[illegible]re que crée la destruction de la cloison (E D).

Lorsque le rétrécissement descend jusqu'au niveau du sphinc[illegible]er interne, on peut faire une opération analogue par la voie sacrée.

Le rectum est libéré au-dessus du rétrécissement et, si cela est néc[illegible]s-saire, l'anse sigmoïde F est repliée comme précédemment contre le rét[illegible]- cissement et anastomosée au-dessous du rétrécissement en D (fig. 10[illegible]), les surfaces en contact de D à E étant suturées (1). La plaie péritonéa[illegible]le est alors suturée au bord de l'intestin ; le reste du traitement est identiq[illegible]ue à notre premier cas.

Bacon, qui avait tout d'abord opéré sur des chiens, a, avec l'aide [illegible]le Murphy et de Lee, traité ainsi avec succès, une femme porteuse d'u[illegible]n vieux rétrécissement syphilitique.

Pour ces opérations, il faut se servir du plus petit modèle de boutons [illegible], l'anastomose étant simplement destinée à permettre le passage d'une des[illegible]s branches du clamp.

Les avantages de cette opération, au dire de Bacon, sont : 1° d'éviter la cicatrice circulaire qui suivrait une suture bout à bout ; 2° de permettre une division complète du rétrécissement, tout en prévenant sa reconstitution par une opération plastique ; 3° de s'appliquer à la fois aux rétrécissements du rectum et de l'anse sigmoïde ; 4° de laisser intacts les sphincters et d'assurer la continence des matières.

Ruth a de même eu recours au bouton de Murphy pour établir une anastomose à côté du rétrécissement. Il se contente de l'anastomose créée par le bouton, mais emploie un bouton de grandes dimensions (2), qu'il introduit en suivant le même mode opératoire de Bacon.

Colotomie. — Les premières colotomies faites pour rétrécissement du

(1) Lors de dilatation du rectum au-dessus du rétrécissement, il sera facile de faire l'anastomose en utilisant l'ampoule dilatée.

(2) RUTH (C. E). The Murphy button : report of clinical lecture and demonstration of Bacon's rectal stricture anastomosis. *Mathew's Quarterly Journal*, Louisville 1894, t. I, p. 540.

rectum remontent à une époque déjà éloignée. Dès 1824, Martland établissait un anus iliaque gauche chez un malade qui présentait des accidents d'obstruction et qui vivait encore dix-sept ans plus tard (1).

La colotomie n'entra toutefois franchement dans la pratique de la cure des rétrécissements que vers 1865, époque où Curling fit pour la première fois, de parti pris, en présence d'un rétrécissement incurable, la colotomie lombaire (2).

L'année suivante, à Hambourg, Gläser (3) faisait une colotomie iliaque pour des accidents de rétention stercorale chez une malade à laquelle il avait extirpé sans succès un rétrécissement du rectum. La malade vécut vingt ans avec son anus iliaque qui a toujours bien fonctionné (4).

Depuis cette époque on a eu souvent recours à la colotomie, dans le cas de rétrécissement du rectum. Surtout préconisée par les chirurgiens anglais Curling, Allingham, etc. et américains, Mason (5) en particulier, la colotomie a, dans ces dix dernières années, été vulgarisée en Allemagne par différents chirurgiens, en particulier par Hahn (6) et par König (7). A Vienne elle a été pratiquée par Hochenegg (8). Jusqu'ici, la

(1) MARTLAND. *Edinb. med and surg. J.*, t. XXIV, p. 271, cité d'après HAWKINS (CÆSAR H.) *Medico-chirurgic. Trans.*, London, 1852, t. XXV, p. 85.

(2) Curling, dans une lettre adressée à l'*Americ. J. of med. Sc.*, 1873, t. I, p. 575, revendique la priorité de cette opération qu'Allingham ne pratiqua qu'en 1867.

(3) GLÆSER. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1857-1868, t. IX, p. 509.

(4) A l'autopsie, publiée par GLASER (*Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1887, t. XXXIV, p. 459), on nota : cicatrices syphilitiques du frontal, du pharynx et du voile. Gommes du foie. Dégénérescence amyloïde des reins et de la rate.

A la partie postérieure du périnée, cavité à plis rayonnants, admettant à peine la pulpe du petit doigt et borgne même pour les sondes les plus fines. Adhérences de l'épiploon au petit bassinet, à la trompe gauche. Une des dernières anses de l'intestin grêle adhère à la trompe, et au cul-de-sac terminal du gros intestin. Celui-ci, tapissé d'une muqueuse normale, s'étend à 3 centim. au-dessus de l'anus artificiel, et se continue avec une fistule conduisant dans une cavité suppurante au niveau du psoas. Il est séparé par une membrane mince du côlon pelvien et du rectum réduits à un cordon fibreux long de 15 centim., et présentant une cavité n'admettant que des sondes très fines et entouré de tissus non enflammés. La cavité de ce cordon est tapissée par une membrane qui ressemble plus à une séreuse qu'à une muqueuse. La muqueuse du gros intestin, au-dessus de l'anus artificiel, est ronde ; son calibre est très diminué.

(5) MASON (ERSKINE). Six cases of lendsbar colotomy, with remarks upon this operation and a table of eighty cases in which it was performed. *Amer. J. of med. sc.*, Phil., 1873, t. II, p. 354.

(6) HAHN (EUGEN). *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1883, t. XXIX, p. 395.

(7) KÖNIG. *Berlin. klin. Woch.*, 1887, p. 17.

(8) HOCHENEGG. *Arb. u. Jahresb. d. K. K. ersten chirur. Universitäts Klinik zu Wien.* (1888) 1889, p. 129.

colotomie n'a été que rarement pratiquée en France et d'une façon isolée par Duplay, Le Dentu et Delbet.

Au début on a eu recours à peu près exclusivement à la colotomie lombaire ; la question semble aujourd'hui tranchée, la colotomie lombaire doit être abandonnée et l'on doit faire la colotomie iliaque gauche. D'une manière générale, la colotomie a été pratiquée pour détourner d'une manière définitive les matières par un anus artificiel. On a ainsi eu des survies réellement remarquables. Nous avons déjà parlé de l'opérée de Gläser qui survécut vingt ans, de celui de Martland qui eut une survie de dix-sept ans. Parmi les opérés d'Allingham, nous en voyons qui vont bien au bout de trois, huit et dix ans (1).

La colotomie peut, de plus, être pratiquée comme temps préliminaire d'une autre opération. Lowson, ayant vu ses sutures manquer dans un cas d'extirpation du rétrécissement, à la suite d'une diarrhée intense, se propose de pratiquer dorénavant une colotomie avant d'extirper le rétrécissement. Il n'a toutefois pas eu, à notre connaissance, l'occasion de mettre son idée en pratique. Thiem, au contraire, chez une femme de 42 ans ayant un rétrécissement haut situé, qui n'admettait que de fines bougies, fit la colotomie iliaque. Étant arrivé à dilater le rétrécissement par le passage de bougies, il put ultérieurement fermer l'anus artificiel et présenter, deux ans plus tard, une malade bien portante et récemment accouchée, au Congrès des chirurgiens allemands (2).

Chez une malade, qu'il avait préalablement colotomisée, M. Delbet tenta l'extirpation secondaire du rétrécissement par la voie sacrée (3). Le rectum, qui avait été rectotomisé, qui avait suppuré pendant longtemps, présentait des adhérences dont il fut difficile de triompher. Au-dessus du rétrécissement principal, il existait d'autres rétrécissements irréguliers remontant très haut, si bien qu'il fallut ouvrir le péritoine. M. Delbet abaissait peu à peu la partie supérieure du rectum, quand il fut arrêté par une résistance insurmontable. L'anus artificiel avait été

(1) ALLINGHAM. *Diseases of the rectum*, 5e éd., 1888, p. 261.

(2) THIEM. *Verhandlungen d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.*, Berlin, 1892, p. 46. — Kammerer fit précéder l'extirpation d'un rétrécissement d'une colotomie iliaque (voir plus loin, p. 329, (obs. 32 des tableaux).

(3) DELBET (PIERRE) et MOUCHET. *Arch. génér. de médecine*, Paris, 1893, t. II, p. 682.

fait sur la partie inférieure de l'S iliaque et la fixation de l'intestin en ce point empêchait l'abaissement du rectum. On dut laisser l'opération incomplète et conserver l'anus artificiel.

Extirpation. — L'extirpation du rectum pour rétrécissement fibreux a dû être pratiquée depuis longtemps, et sous le nom d'induration squirrheuse du rectum on a certainement enlevé autrefois de simples rétrécissements ; c'est même ce qui explique les longues survies observées à la suite de ces pseudo-cancers. Il faut aller jusqu'en 1864 pour voir faire une ablation de rétrécissement de propos délibéré. La malade, opérée par Gläser, guérit, mais le rétrécissement récidiva, et, deux ans plus tard, en 1866, Gläser dut faire une colotomie iliaque pour remédier à des accidents d'obstruction (1).

En 1877, nous trouvons un nouveau cas d'extirpation de rétrécissement dû à Lowson. Dans ce cas encore il y eut récidive du rétrécissement. Puis nous voyons quelques faits isolés en Autriche et en Allemagne; Hochenegg, Schuchardt, Herczel obtiennent des succès. La méthode de l'extirpation ne semble pas cependant prendre une grande extension, et il faut arriver à la discussion de 1891, à la Société de chirurgie de Paris, pour voir brusquement les faits s'accumuler (2).

MM. Terrier, Quénu, Richelot, etc., communiquèrent à ce moment le résultat des ablations de rétrécissements qu'ils avaient pratiqués (3). Ce fut le triomphe de la méthode de l'extirpation. « J'admets, disait alors M. Richelot, que la dilatation ne vaut rien, que les résultats de la rectotomie postérieure sont précaires et que le traitement de choix est l'ablation pure et simple des tissus indurés et rétractiles. » Les thèses de

(1) GLÆSER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1867-1868, t. IX, p. 509.

(2) Dans les tableaux ci-annexés, on trouvera des faits antérieurement publiés, un certain nombre d'inédits. Nous avons cherché autant que possible, nous adressant aux opérateurs, à ne pas donner exclusivement des résultats immédiats. Un grand nombre de ces cas sont, comme on peut le voir, suivis pendant plusieurs années.

(3) La première extirpation de rétrécissement dit syphilitique, faite en France de propos délibéré, l'a été par l'un de nous (Quénu), en juin 1890 ; la seconde par Richelot, en novembre de la même année. L'opéré du professeur Terrier avait été regardé comme atteint de rétrécissement congénital. La suite de son histoire seule montre qu'on se trouvait bien en présence d'un rétrécissement inflammatoire.

Moses (1), de Gaurand (2), de Carré (3), marquent cette période d'enthousiasme.

Supprimant le rétrécissement, l'extirpation devait assurer la guérison du malade.

Lorsqu'on cherche ce que deviennent les opérés, on voit que malheureusement il n'en est pas ainsi, que la cure par l'extirpation n'est rien moins que radicale et que, dans l'immense majorité des cas, le rétrécissement récidive. C'est ce qui ressort des tableaux que nous donnons ici, c'est ce qui apparaît nettement à la lecture des observations réunies dans la thèse de Lachowski (4).

Pour apprécier la valeur de l'extirpation des rétrécissements (5), nous avons réuni 35 observations que l'on pourra parcourir dans les tableaux, p. 325 à 330. Les résultats sont loin de répondre aux assertions émises.

Sur ces 35 extirpations, nous relevons deux morts presque immédiates et une un peu plus tardive, soit trois morts dans les premiers mois. Une quatrième malade, enceinte au moment de l'opération, conserve une fistule stercorale sacrée, accouche et meurt d'infection puerpérale; sa vulve était constamment baignée de matières fécales. Ces 4 morts peuvent donc être mises au passif de l'opération, ce qui nous donne une mortalité de 11,43 p. 100.

Des 31 autres malades, 1 est mort de pneumonie au bout de six mois, 1 est actuellement cachectique et meurt de tuberculose un an après l'extirpation, 10 malades ont été perdus de vue.

(1) MOSES (H.). *La méthode sacrée et son application aux cancers et rétrécissements du rectum*. Th. de Paris, 1891-1892, n° 346.

(2) GAURAND. *Les rétrécissements syphilitiques du rectum, leur traitement par l'extirpation*. Th. de Lyon, 1892.

(3) CARRÉ. *Du rétrécissement syphilitique du rectum*. Th. de Paris, 1892-1893, n° 178.

(4) LACHOWSKI (A.). *Résultats immédiats et éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum*. Th. de Paris, 1894-1895. Nous n'avons résumé dans nos tableaux que les observations sur lesquelles nous possédions des détails suffisants. Nous avons donc laissé de côté un certain nombre de faits insuffisamment relatés (LANGE. *New-York medic. Journ.*, 1891, t. I, p. 309; KNECHT. *Centralblatt für Chirurgie*, Leipzig, 1894, p. 231; KÖRTE. *Ibidem*, p. 231).

(5) Nous ne parlons ici que des rétrécissements inflammatoires, les ablations de rétrécissements congénitaux ou de rétrécissements cicatriciels donnant de meilleurs résultats; le fait s'explique facilement par la persistance de la rectite qui constamment accompagne le rétrécissement qu'elle détermine.

NUMÉROS	OPÉRATEUR INDIC. BIBLIOGR.	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
1	GLÆSER. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1867-1868, t. IX, p. 509.	F. 28 ans. Rétrécissement d'un demi-pouce de haut, commençant à 2 pouces au-dessus de l'anus, avec fistule recto-vaginale. *29 juin 1864*, ablation du rectum par une incision circulaire autour de l'anus. Suture du bout supérieur à la peau.	Guéris, malgré une désunion le 6e j.	Prolapsus de l'intestin, récidive du rétrécissement, colotomie iliaque en 1866.
2	LOWSON. *Lancet*, 1879 t. I, p. 512.	F. 34 ans. Rétrécissement traité sans succès par la dilatation lente. *5 décembre 1877*, incision médiane entre l'anus et le coccyx, section du sphincter, excision du rétrécissement, suture des deux bouts.	Guéris. malgré une désunion partielle causée par de la diarrhée.	4 mois après l'opération, amas cicatriciel autour de la plaie, incontinence des matières liquides, rétrécissement admettant le médius.
3	RIEGNER. Th. JULIUSBURGER. Breslau 1884.	F. 27 ans. Fistule recto-vulvaire; rétrécissement circulaire à 2 centimètres au-dessus de l'anus. En *octobre 1883*, ablation.	Guérison.	
4	RIEGNER. *Ibid.*	F. 19 ans, syphilitique. Rétrécissement circulaire à 3 centimètres du sphincter, ulcération au-dessus et au-dessous. *4 novembre 1883*, extirpation de 6 centimètres de rectum.	Guérison; retient les matières, mais non les gaz.	
5	HOCHENEGG *Arb. u. Jahresb. d. k. k. ersten chir. Univ. Klin. zu Wien.* (1888), 1889, p. 242.	F. 30 ans. Tentatives infructueuses de dilatation pour un rétrécissement immédiatement sus-sphinctérien. Ablation sans ouverture du péritoine en *1888*.	Guérison après quelques accidents inflammatoires périrectaux.	4 mois et demi après l'opération la malade quitte l'hôpital avec la recommandation de passer des bougies, un rétrécissement commençant à se reproduire. Incontinence des matières liquides.
6	TERRIER. *Bull. et mém. Soc. de chir.* 1891, p. 417.	H. 43 ans. Plusieurs rectotomies antérieures. *2 juin 1889*, ablation par le périnée de la région ano-rectale, après résection du coccyx.	Guérison, selles faciles, peut retenir ses matières quelques inst. Ecoulement blanc, filant dans l'intervalle des selles. En juin 1890, écoulement purulent, garde-robes douloureuses. Rectum libre. Sphincters insuffisants. Petite ulcération en arrière.	En décembre 1893, ne rend que des matières liquides qu'il ne peut retenir; petites crises de rétention. Orifice rectal limité en arrière par une ulcération. Le rectum est transformé en un canal à parois rêches, rigides; rétrécissement commençant au niveau de l'orifice. Seule une bougie urethrale n° 25 franchit le rétrécissement qui se rétrécit en entonnoir rigide à sa partie supérieure. Nous proposons la colotomie, qui est refusée. (HARTMANN.)

NUMÉROS	OPÉRATEUR INDIC. BIBLIOGR.	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
7	SCHUCHARDT Th. de VERLHAGEN, Greifswald, 188 .	F. 27 ans, syphilitique. Rectite proliférante et sténosante. *20 juillet 1889*, incision circulaire autour de l'anus, ablation de 6 centimètres de rectum. Suture du bout supérieur à la peau.	Guérison sans incident. Incontinence des matières liquides et des gaz.	
8	VAN HOOK. *Americ. J. of obstetr.*, 1891, p. 1078.	F. 2 ; ans. Rectotomie en 1888, récidive. En *1889*, amputation du rectum sans conservation du sphincter. Suture du bout supérieur à la peau.	Guérison sans incident.	2 ans après il n'y a pas de récidive, pas de suppuration, mais incontinence des matières.
9	QUÉNU. *Bull. et mém Soc. de chir.* 1891.	F. 36 ans. Rétrécissement du rectum à un centimètre de l'anus, avec fistule. Ne peut retenir les gaz, vu l'infiltration de la région sphinctérienne. *4 juin 1890*, ablation de la partie inférieure du rectum par la voie périnéale.	Guérison. Pas de suppuration: tout paraît sain.	En janv. 1894, ne souffre pas, selles régulières, mais le rectum suppure, la malade est obligée de se garnir; le rectum admet le doigt mais est manifestement rétréci. (QUÉNU.)
10	SICK. *Jahr. der Hamburg.-Staats Krank.* 1890, II, p. 451.	F. 27 ans, syphilitique. Rétrécissement laissant passer l'index à la partie inférieure de l'ampoule. *25 juillet 1890* opération de Kraske; résection du coccyx et de la dernière vertèbre sacrée; ablation de 10 centimètres de rectum. Hémorrhagie assez abondante. Suture des deux bouts (muq. à la soie, tumeur musculaire au catgut).	Guéris. malgré une fistulisation temporaire de la plaie.	1 septembre 1891, garde-robes régulières, mais un peu au-dessus de l'anus, cicatrice circulaire dilatable au doigt.
11	SEGOND. Th. de GAURAND, Lyon, 1892.	H. 28 ans. Rétrécissement à 3 centimètres au-dessus du sphincter. *8 octobre 1890*, ablation par les voies naturelles après dilatation de l'anus; dégainement du segment rectal à réséquer, en passant en dedans des sphincters. Suture du bout rectal à la peau.	Guérison sans incident.	
12	RICHELOT. Th. de LACHOWSKI, 1894-1895.	F. 47 ans, ayant subi une première opération par M. Championnière. *18 décembre 1890*, résection du coccyx. Incision longitudinale et postérieure du rectum, y compris le sphincter. Résection du segment rétréci; suture du bout supérieur de l'intestin à l'anus, avec fermeture de la fente postérieure de l'intestin et reconstitution de l'anus.	Guérison; quelques fils ont lâché à la suite d'une débâcle; 20 janvier. suture du sphincter. 3 opérations successives manquent et laissent un anus ogival.	20 oct. 1894. Garde-robes quotidiennes mais douloureuses; perd les matières liquides. Ecoulement très abondant. Prolapsus du volume du poing pendant la station debout; quand il est réduit, l'anus admet facilement 4 doigts.
13	PONCET. Th. GAURAND, Lyon, 1892.	F. 26 ans. Rétrécissement syphilitique. Rectotomie linéaire en 1889. Récidive, *5 mai 1891*, extirpation du rectum par une incision en raquette après extirpation du coccyx.	Guérison sans incident.	En décembre 1894, il existe un orifice cicatriciel dans lequel on ne peut pas introduire facilement le doigt, et à côté une petite fistule qui suppure. Le rectum est toujours suppurant. (*Communication écrite.*)

NUMÉROS	OPÉRATEUR (INDIC. BIBLIOGR.)	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
14	SICK. *Jahrb. der Hamburg Staats-Kranz.*, 1890, II, 451.	F. 42 ans, syphilitique. *Le 14 août 1883*, rectotomie linéaire pour un rétrécissement siégeant à 6 centimètres de l'anus. En 1891, rétrécissement très long, n'admettant qu'un crayon, commençant à 4 centimètres de l'anus. *21 juillet 1891*, opération de Kraske: résection de 12 centimètres de rectum, pénible à cause de callosités périrectales. Suture des deux bouts (muqueuse à la soie, musculaire au catgut).	Guérison, mais avec formation d'une cicatrice saillante pour laquelle on conseille le passage de bougies.	
15	PONCET. Th. GAURAND, Lyon, 1892.	F. 32 ans, syphilitique. Rétrécissement cylindrique commençant à l'anus. *16 septembre 1891*, incision en raquette à queue postérieure; ablation de 10 centimètres de rectum. Suture du bout supérieur à la peau.	Guérison sans incident.	15 novembre 1892, incontinence des matières liquides; état local et général excellent.
16	ALBARRAN. Th. de CARRÉ, 1892-93, obs. 45.	F. 48 ans. Rétrécissement commençant à 5 centimètres de l'anus. *Novembre 1891*, opération de Kraske, résection de 3 centimètres, rétrécis. Difficulté dans la suture des deux bouts, le supérieur étant plus large.	Guérison, malgré un abcès qui laisse une fistule stercorale postérieure.	La malade est repartie dans son pays, mais dans un état médiocre.
17	RICARD. Th. de CARRÉ, obs. 46.	F. 27 ans. Rétrécissement ano-rectal cylindro-conique, 2 fistules. *10 décembre 1891*, incision en raquette à queue postérieure, circonscrivant l'anus. Ablation des fistules et du rectum rétréci. Suture du bout supérieure à la peau.	Guérison malgré un abcès en avant laissant une fistule qu'on opère en mars 1892.	
18	RICHELOT. Th. de MORESTIN, 1894, obs. 31.	F. 39 ans. Rétrécissement à 6 centimètres de l'anus, ne permettant pas le passage de l'index. *17 décembre 1891*, opération de Kraske, résection du coccyx, ablation de la partie rétrécie. Le bout supérieur un peu friable est invaginé dans la région anale conservée.	Guérison, malgré un abcès stercoral qui laisse une fistule postérieure donnant constamment des matières liquides.	La malade, enceinte au moment de l'opération, accouche à terme, à l'aide du forceps; elle avait toujours une fistule stercorale, et mourut d'infection puerpérale.
19	JEANNEL. Th. de MORESTIN, obs. 19.	F. ayant un rétrécissement de 5 centimètres commençant à 13 centimètres de l'anus. *Février 1892*, abation par la voie sacrée; procédé du double volet.	Guérison, malgré un accès de manie et un peu de suppuration de la plaie.	Mort 6 à 7 mois plus tard, d'une pneumonie (*communicat. écrite*).
20	QUÉNU. (Voir plus haut, p. 289, obs. 64).	F. 38 ans. Rétrécissement à 6 centimètres de l'anus. *Mars 1892*, opération de Kraske. Suture des deux bouts, après résection du rétrécissement.	Guérison sans accident	En juillet 1894, garderobes régulières, indolentes; suppuration rectale.
21	HERCZEL. *Wiener medizin. Woch.*, 2 juill. 1892, t. XLII, p. 1061.	F. 31 ans. Syphilis et pédérastie passive. Rectotomie par Billroth en 1890. A 4 centimètres et demi de l'orifice anal, masse cicatricielle, orifice comme une plume de corbeau; fistules anales. Le *21 mars 1892*, résection sacro-coccygienne jusqu'au 4e trou sacré. Ablation de 14 centimètres de rectum inclus dans une masse calleuse. Fixation imparfaite du bout supérieur à la plaie sacrée.	Guéris. malgré une gangrène partielle du rectum suturé. Il se fait au niveau du sacrum un entonnoir cutané par lequel ont lieu les garderobes.	

NUMÉROS	OPÉRATEUR INDIC. BIBLIOGR.	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
22	RICHELOT. Th. de MORESTIN, obs. 32.	H. 23 ans. A 4 centimètres de l'anus, rétrécissement n'admettant que le bout de l'index. *3 juin 1892*, opération de Kraske. Après résection du coccyx on extirpe le rétrécissement; l'abaissement du bout supérieur étant difficile, on fait sauter une portion du sacrum à gauche, on fait descendre le bout supérieur, l'invaginant dans la région anale.	Guérison; l'intestin étant remonté pendant les premiers jours en arrière, il s'est formé une fistule stercorale postérieure.	En 1894, la fistule persiste, le sphincter est paralysé, le rétrécissement se reproduit, et le malade est obligé de passer chaque jour une bougie de Hegar.
23	MONOD. Th. de MORESTIN, obs. 63.	F. 22 ans. Rétrécissement siégeant à 5 centimètres de l'anus. *18 juin 1892*, opération de Kraske. Ablation pénible du rétrécissement.	Mort dans la soirée.	
24	HARTMANN. (Voir plus haut, p. 258, obs. 57.)	F. 32 ans, syphilitique. Rétrécissement en virole, haut de 7 centimètres, commençant à 4 centimètres de l'anus. *1er mars 1893*, ablation par les voies naturelles. Invagination du bout supérieur dans la région sphinctérienne conservée.	Guérison sans incident. En décembre 1893, petite bride transvers. un peu au-dessus de l'anus. Bougies de Hegar.	En janvier 1895, garde-robes normales. Toujours suppuration rectale; muq. granuleuse et rèche. La bride a disparu, le rectum est libre; continue de temps à autre les bougies.
25	HARTMANN. (Voir plus haut, p. 262, obs. 56.)	H. 31 ans. Rectite sténosante, pachydermie rectale. *Mai 1893*, ablation des 10 derniers centimètres de rectum par une incision circulaire et après fente médiane postérieure. La section porte sur des tissus encore infiltrés. Suture du bout supérieur à la peau.	Guérison. Etant donné le manque de souplesse de la portion de rectum conservée, nous conseillons le passage de bougies.	22 octobre 1894. Garde-robes régulières; mais est obligé de satisfaire ses besoins dans les 5 minutes qui les suivent, sous peine de perdre ses matières. Ecoulement muq. quelquefois légèrem. rosé. Muqueuse rectale un peu rugueuse, légèrem. épaissie. Le malade passe une bougie n° 28 tous les 2 jours.
26	QUÉNU. Th. LACHOWSKI	F. 38 ans, syphilis à 27. Il y a 2 ans, douleurs en allant à la garde-robe, gêne, glaires, un peu de sang. Rétrécissement à 2 cent. au-dessus de l'anus; toute la partie sous-jacente au rétrécissement est inégale et granuleuse. *11 juillet 1893*, incision en raquette à queue postérieure. Ablation du rétrécissement. Suture du bout supérieur abaissé à la peau.	Guérison après suppuration d'un point de suture antérieur. En oct. on incise une fistulette médiane postér. Le rectum est libre, mais il persiste un peu de rectite.	26 octobre 1894, matières rubanées. Ne peut retenir matières qu'un complètement. Un peu de sang au moment des garde-robes. Ecoulem. muco-purulent. En avant, portion cutanéo-muqueuse saine: le reste de l'orifice rectal est ulcéré; l'ulcération se prolonge en arrière, a des bords décollés et un contour circiné. Le rectum est un peu rétréci, mais surtout induré, sous forme d'épaississements columnaires.

NUMÉROS	OPÉRATEUR (INDIC. BIBLIOGR.)	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
27	DELBET. *Arch. génér. de médecine*, Paris, 1893, t. II, p. 513.	F. 61 ans. Rectite proliférante et sténosante. *21 juillet 1893*, résection du coccyx et du sacrum suivant le procédé de Kraske. Après extirpation du rétrécissement, suture des deux bouts.	Guéris. malgré une désunion de la plaie en arrière, et un abcès à contenu fécaloïde.	En octobre 1894, souffrant d'une incontinence totale des matières et d'un prolapsus étendu de la muqueuse, elle entre à St-Bartholomew's hospital, à Londres. Opération plastique, sorte de périnéorrhaphie postérieure, par Howard Marsh. Amélioration, mais néanmoins nécessité de porter un bandage. (Communication écrite de M. A. Doran.)
28	RICHELOT. Th. de LACHOWSKI, 1894-1895.	F. 40 ans. Depuis 15 ans, difficultés pour aller à la garde-robe. En 1883, rectotomie linéaire par Kirmisson. Actuellement, à 1 centimètre de l'anus, rétrécissement annulaire n'admettant pas le doigt. En *1893*, ablation du rétrécissement par la voie sacrée. Résection du coccyx. Invagination du bout supérieur dans le bout inférieur.	Suppuration de la plaie; mort dans un état cachectique, quelques semaines après l'opération.	
29	RICHELOT. *Ibid.*	F. 25 ans. Depuis quelques mois garde-robes pénibles; il y a 3 mois, fistule recto-vulvaire débouchant au-dessous d'un rétrécissement. *24 février 1894*, dédoublement de la cloison recto-vaginale. Résection de la demi-virole antérieure du rétrécissement comprenant en même temps la fistule. Attirant par l'anus la partie postérieure du rétrécissement, on l'extirpe, puis on suture le bout supérieur invaginé à la section sus-sphinctérienne de la muqueuse anale. La plaie périnéale est reconstituée par une périnéorrhaphie.	Guérison, mais reformation d'une fistule recto-vaginale. Incision, périnéorrhaphie le 2 mai 1894.	19 octobre 1894, selles régulières: garde bien les matières solides, plus difficilement les liquides. Ecoulement purulent persiste. Se plaint d'une douleur sacrée, quand elle est assise. En janv. 1895, rentre à Saint-Louis: rectum suppurant et présentant une induration cicatricielle Tuberculose pulmonaire avancée.
30	GÉRARD-MARCHANT. Voir plus haut, p. 286, obs. 62.	H. 33 ans, syphilitique. Ano-rectite proliférante et sténosante. 7 *avril 1894*, ablation des parties malades, avec conservation des sphincters, en dedans desquels chemine le bistouri. Abaissement du bout supérieur. Suture de la muqueuse à la peau.	Mort le 12e jour, avec de la diarrhée et une suppurat. périnéale.	
31	QUÉNU. Th. LACHOSWKI, 1894-1895.	F. 32 ans. Troubles douloureux de la défécation, avec écoulement séro-purulent par l'anus. Constipation. Rétrécissement commençant à l'anus, allant en augmentant jusqu'à 7 centimètres au-dessus, admettant l'index. *18 avril 1894*, ablation de l'extrémité inférieure du rectum par la voie périnéale, suture du bout supérieur abaissé à la peau.	Guérison malgré un peu de suppuration de la plaie.	18 décembre 1894. garde-robes faciles et indolentes, mais ne peut retenir les gaz, et a un écoulement séro-purulent. Le rectum est large, mais ses parois sont un peu indurées.

NUMÉROS	OPÉRATEUR INDIC. BIBLIOGR.	OPÉRATION	RÉSULTAT IMMÉDIAT	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ
32	KAMMERER. *Annals of surgery*, 1895, t. I, p. 1.	F. 37 ans. Rétrécissement, n'admettant pas le doigt, commençant à 1 pouce au-dessu, de l'anus. Colotomie inguinale gauche, puis quelques semaines plus tard, le *25 juillet 1894*, ablation du rétrécissement après résection ostéoplastique du sacrum suivant le procédé de Rydygier.	Guérison ; l'anus artificiel est fermé le 15 septembre.	
33	CAMPENON. *Annales de gynécologie*, 1894, t. II, p. 340.	F. 26 ans. Rétrécissement très étroit à l'union de l'anus et du rectum. *8 août 1894*, excision du rétrécissement après fente médiane de la cloison vagino-rectale. Affrontement des deux bouts par une double suture musculaire et muqueuse. Réfection du sphincter et du périnée.	Guéris. sans incontinence des matières.	
34	RICARD. Th. de LACHOWSKI, 1894-1895, p. 50.	F. 27 ans. Rétrécissement infundibuliforme commençant à 2 centimètres au-dessus de l'anus, admettant le petit doigt. *20 septembre 1894*, incision en raquette à queue postérieure entourant l'anus ; l'incision se continue en arrière avec une incision parasacrale gauche. Le rectum est fendu sur sa face postérieure ; la partie terminale est extirpée, le bout supérieur abaissé est suturé à la peau.	Guérison, malgré de petits abcès formés le long de la partie postérieure de la plaie.	En décembre 1894. Selles régulières, indolentes. Suppuration rectale. En arrière, où les sutures ont lâché, persiste une cavité bourgeonnante.
35	QUÉNU. *Ibid.*	F. 33 ans. Hystérectomie vaginale en août 1893 ; laparotomie le 6 février 1894, pour enlever un ovaire douloureux que l'on n'avait pu enlever par la voie vaginale. C'est au moment de l'hystérectomie qu'ont débuté les accidents rectaux. Garde-robes très douloureuses ; écoulement constant de pus et de sang. M. Quénu, constatant une fissure anale, fait la dilatation des sphincters, mais peu après, l'infiltration sténosante de l'intestin devient évidente. Finalement les 5 derniers centimètres du rectum sont rétrécis, indurés, à muqueuse rêche, inégale. *24 novembre 1894*, ablation du rectum par une incision circulaire passant en dedans des sphincters.	Guérison. Le 19 décembre 1894, il persiste quelques ulcérations de la région anale : le toucher est très douloureux, le rectum est large mais légèrement induré.	

Restent 19 malades que l'on a pu suivre pendant un temps plus ou moins long, variant de quelques mois à deux, trois et quatre ans. De ces 19 malades, 1 a subi la colotomie peu de temps après l'extirpation, le rétrécissement ayant récidivé; les 18 autres ont conservé de la rectite et suppurent, suffisamment pour être obligés de se garnir; 1 a une fistule stercorale et son état est médiocre; 8 ont de l'incontinence des matières liquides et des gaz, ce qui n'empêche pas 6 d'entre eux d'avoir une récidive de leur rétrécissement; 1 a un anus ogival et une chute du rectum; 1 a une incontinence complète des matières et une chute du rectum; 8 seulement ont des garde-robes normales et ne souffrent aucunement; ces derniers ne sont cependant pas radicalement guéris, car tous suppurent, tous ont une muqueuse rèche, épaissie, formant un cylindre plus rigide et plus étroit qu'un rectum normal.

Comme nous venons de le voir par le long exposé que nous avons fait des diverses méthodes de traitement et de leurs résultats, aucune ne procure d'une manière certaine au malade la guérison radicale; aucune, par conséquent, ne s'impose d'emblée comme devant se substituer à toutes les autres. Les indications thérapeutiques varieront donc suivant les cas, et, si nous exceptons la rectotomie interne et la dilatation brusque dont la gravité est manifeste, tous les autres modes de traitement présentent leurs avantages et leurs inconvénients.

Malgré ses imperfections, nous croyons que la méthode de l'extirpation est encore celle qui, aujourd'hui, donne les meilleurs résultats. Nous n'hésiterons pas à y recourir dans tous les cas où le rétrécissement semble facilement extirpable, dans ceux même où le rétrécissement est à peine marqué, lorsque la muqueuse est très malade, lorsqu'il y a des ulcérations et des productions végétantes.

Toutes les fois que cela sera possible, nous conseillons de recourir à l'extirpation par les voies naturelles. Si le rétrécissement siège à l'anus ou en est très voisin, on dissèque la masse fibreuse en dedans des sphincters, dévaginant pour ainsi dire les parties malades comme dans l'ablation des hémorrhoïdes suivant le procédé de Whitehead, abaissant la muqueuse saine et la suturant à la peau (1). Si le rétrécissement siège

(1) SEGOND, in Th. de GAURAND, Lyon, 1892, p. 56.

un peu plus haut, on l'attire avec des pinces après dilatation de l'anus, on incise le rectum circulairement au-dessous de lui, puis on l'extirpe en le décollant des parties voisines avec l'ongle ou les ciseaux. Le rétrécissement enlevé, on abaisse le bout supérieur qu'on invagine dans le segment anal conservé et qu'on fixe par quelques points de soie à la peau afin de l'empêcher de remonter immédiatement (1).

Ces procédés, qui conservent la forme extérieure des parties et qui laissent indemne le sphincter, donnent des résultats excellents ; ils ne sont malheureusement pas applicables à la plupart des cas. Il faut, pour qu'on puisse les employer, que le rétrécissement soit peu élevé, mobile et limité aux tuniques muqueuse et sous-muqueuse.

Lorsque l'infiltration inflammatoire a dépassé la sous-muqueuse, et a fortiori si elle a envahi les tissus périrectaux, il faut recourir à un des procédés d'extirpation du rectum plus anciennement connus. Si le rétrécissement est bas, on procède par la voie périnéale, utilisant soit une incision circulaire, soit une incision en raquette à queue postérieure.

Si le rétrécissement est moyennement haut, on recourt pour l'extirper, à une quelconque des diverses méthodes indiquées pour aborder le rectum par la voie sacrée ; on peut, croyons-nous, l'atteindre aussi par une incision ischio-rectale, enlevant le rétrécissement et terminant en invaginant le bout supérieur dans le segment anal conservé, comme l'a fait plusieurs fois l'un de nous, dans des cas de cancer (2).

Tout malade guéri doit être surveillé avec soin, et il ne faut pas hésiter à conseiller le passage de bougies à la moindre menace de sténose.

La méthode de l'extirpation, que nous considérons non comme un procédé de cure radicale, mais comme le meilleur des palliatifs, n'est malheureusement pas applicable à tous les rétrécissements.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade trop faible pour supporter une intervention importante, ou porteur de fistules multiples avec périnée lardacé devant empêcher le succès d'une extirpation, on doit préférer la rectotomie externe, opération qui donne un drainage excellent et par là même améliore immédiatement l'état général.

(1) HARTMANN. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893, p. 698.
(2) HARTMANN, in thèse de LACHOWSKI, Paris, 1894-1895.

Le rétrécissement est-il haut situé, on pourrait tenter l'entéro-anas-nose. Cette opération n'a guère été pratiquée jusqu'ici. Elle est jourd'hui possible par la combinaison de l'emploi du plan incliné du bouton de Murphy; mais ses indications se présenteront rarement, r il est exceptionnel que le rectum soit sain au-dessous du point tréci.

Les divers procédés que nous venons d'indiquer sont tous insuffi-nts lorsqu'on doit traiter des lésions étendues et remontant à une uteur assez grande ; la colotomie seule alors assure au malade cessation des douleurs avec une survie qui peut être considérable le n'a pas été de moins de vingt ans chez l'opérée de Gläser) (1).

Quant à la dilatation lente et progressive, elle nous semble surtout ıvenir aux lésions peu profondes et assez étendues de la muqueuse ; ɜ est aussi utile comme méthode adjuvante dans le traitement post-ératoire des malades antérieurement traités par les procédés de l'extir-ion ou de la rectotomie externe, lorsque le rétrécissement a de la ten-ıce à se reproduire.

) Si la colotomie amenait la guérison complète de la rectite, ce qui est bien rare, et l'amé-ation de l'état général, on pourrait extirper le rétrécissement, puis, fermant l'anus artifi-, rétablir le cours normal des matières. Thiem l'a fait avec succès chez une malade qui int ultérieurement enceinte et mena sa grossesse jusqu'à terme. Mais jusqu'ici ce résultat reux est resté isolé ; Körte, qui a suivi la même pratique, n'a pas eu le même succès et a rieurement été obligé de faire une rectotomie postérieure; Delbet n'a pu extirper le um (voir p. 322).

CHAPITRE VII

HÉMORRHOÏDES

On désigne sous le nom d'hémorrhoïdes l'altération variqueuse des veines ano-rectales.

Les anciens avaient caractérisé cette affection par un de ses symptômes le plus saillant « l'hémorrhagie ». De là le terme « αἱμορροΐς : αἷμα, sang, et ῥέω, je coule. Ce symptôme est trop peu constant pour mériter d'entrer dans la définition. L'appellation de Gosselin « tumeurs des veines du rectum » n'est pas elle-même à l'abri de toute critique : la tumeur n'existe qu'à une des périodes de l'évolution variqueuse ; il est donc préférable de s'en tenir à la détermination purement anatomique que nous avons présentée plus haut.

Il n'est pas d'affection plus anciennement connue que les hémorrhoïdes. Leur historique à partir d'Hippocrate est fort bien exposé dans les classiques leçons de Gosselin (1), nous ne pouvons qu'y renvoyer. Nous nous bornerons à citer chemin faisant et dans chaque chapitre, les principales phases par lesquelles ont passé les questions en litige.

Le développement de varices au sein de la muqueuse ano-rectale, et à sa face profonde, arrivé à un certain degré, donne naissance à une saillie violacée, tendue pendant l'effort, c'est la *tumeur hémorrhoïdaire* à laquelle s'applique vulgairement le nom d'hémorrhoïde.

De tout temps, les hémorrhoïdes ont été divisées en *externes* et en *internes* : les premières sont continuellement placées à l'extérieur de l'anus, les secondes sont habituellement cachées à l'intérieur du rectum. Le plus souvent, ces deux variétés sont associées à des degrés de développement divers, il est vrai, mais l'identité des processus est telle, qu'il n'y a pas un véritable intérêt à créer à chacune d'elles un cadre absolu-

(1) GOSSELIN. *Leçons sur les hémorrhoïdes*, Paris, 1866.

ment distinct, comme l'ont fait nos classiques, et la plupart des écrivains anglais.

Anatomie pathologique (1). — Notre premier soin doit être de bien établir le siège anatomique de la lésion, c'est-à-dire la nature veineuse des productions hémorrhoïdaires. Pour cela, il n'est besoin que d'injecter la veine mésaraïque inférieure sur un sujet porteur d'hémorrhoïdes externes.

Lorsque l'opération a réussi, on observe facilement, après dissection, que les tumeurs extra ou intra-anales, rendues turgescentes par l'injection, ne sont que des dilatations veineuses développées soit sur le trajet des ramuscules mésaraïques, soit le long des veines hémorrhoïdales inférieures, ou encore le long des veinules anales qui raccordent et anastomosent les deux systèmes veineux. Maintes fois le suif injecté par la veine porte ne remplit pas la totalité des productions extérieures, des hémorrhoïdes externes; est-ce donc que ces dernières sont d'une autre essence et n'occupent pas la cavité des veines ? C'est là ce qu'ont cru un grand nombre d'observateurs, tels que Récamier (2) et de Larroque (3), qui nièrent la nature variqueuse des hémorrhoïdes, qu'ils considéraient comme de simples kystes du tissu cellulaire. Le fait d'une coagulation sanguine, d'une thrombose, peut bien isoler une hémorrhoïde du reste de la circulation, ce n'est là qu'un accident qui ne peut en rien infirmer sa dépendance primitive du système vasculaire.

Cherchons à préciser sur quels points du territoire veineux se développent respectivement les hémorrhoïdes dites externes et internes.

Nos études anatomiques (4) nous ont montré que les veinules d'origine de l'hémorrhoïdale supérieure s'anastomosent avec le réseau sous-muqueux des veines hémorrhoïdales inférieures, et que cette anastomose se fait par un pinceau de petits troncules qui occupent presque toutes les colonnes de Morgagni. Or, il est incontestable que le siège primitif

(1) QUÉNU. Étude sur les hémorrhoïdes. *Revue de chirurgie*, mars 1893, t. XIII.

(2) RÉCAMIER. *Sur les hémorrhoïdes*, an VIII (1800).

(3) DE LARROQUE. *Traité des hémorrhoïdes*, 1812, et Th. de Paris, 1810.

(4) Voy. plus haut, *Veines du rectum et de l'anus*, p. 32 ; et QUÉNU, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1892, p. 601.

habituel de la dégénérescence hémorrhoïdaire est précisément ce petit tronçon de l'appareil veineux, qui relie les deux systèmes, porte et cave.

En effet, c'est là qu'on observe ces petites ampoules ovalaires, grosses comme un grain de blé ou comme un pois, que Duret considérait comme l'origine normale de la mésaraïque inférieure, et dont nous avons

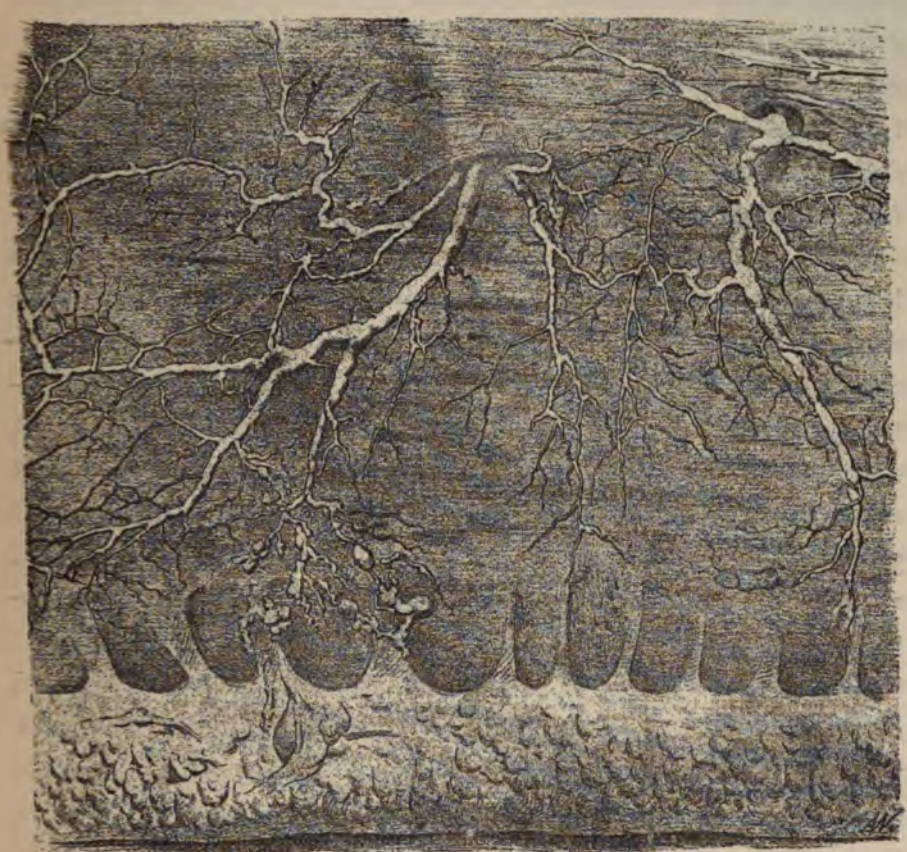


Fig. 105. — Petites hémorrhoïdes internes développées sur les ramuscules d'origine de l'hémorrhoïdale supérieure.

montré la véritable signification. Contrairement à ce qu'on a prétendu, ces ampoules n'existent pas chez les très jeunes enfants, et en particulier chez les nouveau-nés, elles n'appartiennent en aucune manière à l'anatomie normale, ce sont des dilatations pathologiques, de petites varices ampullaires, de véritables hémorrhoïdes en miniature.

De là le processus variqueux gagne les ramuscules de l'hémorrhoïdale supérieure ou descend vers l'orifice anal en suivant les veinules d'origine de l'hémorrhoïdale inférieure. Nous ne saurions trop insister sur ce fait que la lésion primitive a pour siège le plus ordinaire la zone comprise entre l'orifice anal et la ligne ano-rectale.

Plus tard, il ne peut plus en être de même, les variations de siège tenant à la fois à l'extension variqueuse et à la descente ou glissement du bourrelet sous l'influence des efforts de défécation, néanmoins c'est encore à 12 ou 15 millim. de l'orifice anal que d'ordinaire le doigt atteint les paquets d'hémorrhoïdes internes (1). Nous sommes donc autorisés à dire que l'*hémorrhoïde interne appartient à la zone de raccord entre la circulation porte et la circulation cave.*

L'hémorrhoïde externe se développe sur les ramuscules d'origine des hémorrhoïdales inférieures : tantôt elle n'est que l'extension à ces veines du processus parti de plus haut, tantôt elle naît d'une façon indépendante : c'est ainsi que chez des femmes, en particulier, nous avons constaté qu'en l'absence de toute hémorrhoïde interne, il existait un bourrelet d'hémorrhoïdes externes simplement relié par des veines très fines et normales aux origines des hémorrhoïdales supérieures : de ce bourrelet partaient des veines flexueuses qui, gagnant la face externe du vagin, allaient se jeter à plein canal dans le tronc des veines vaginales tortueuses et bosselées (2).

L'altération variqueuse n'est pas toujours limitée aux vaisseaux qui occupent la couche sous-muqueuse du conduit anal : elle s'étend aux veines qui traversent ou contournent le sphincter pour aller rejoindre la honteuse interne, elle gagne parfois les veines sous-cutanées de la marge de l'anus et les troncs qui en partent. On observe de même chez quelques sujets, que, dans tout leur trajet sous-muqueux, les veines hémorrhoïdales supérieures sont dilatées et flexueuses (3), toutefois nous

(1) Sur le sujet porteur d'hémorrhoïdes observé de son vivant par Gosselin, et injecté par lui après sa mort, les amas ou paquets variqueux siégeaient à 12 millim. environ de l'orifice anal.

(2) Nous avons également observé des hémorrhoïdes externes sans varices notables de l'hémorrhoïdale supérieure, chez des sujets hommes.

(3) ESMARCH. *Die Krankheiten des Mastdarmes*, Stuttgart, 1887, p. 166, signale que dans quelques cas on a vu à l'autopsie toute la paroi intestinale, de l'anus à la flexure sigmoïde, recouverte de grosses phlébectasies.

n'avons pas vu qu'il se fît une modification brusque du calibre des vaisseaux en deçà ou au delà de la traversée de la couche musculaire. En dehors des parois intestinales, les branches de la mésaraïque inférieure nous ont paru plutôt élargies, sans offrir jamais sur leur trajet de ces dilatations en fuseau ou en ampoule, comme on en rencontre par exemple le long des saphènes au-dessus des paquets variqueux ; en somme, la lésion est ici essentiellement périphérique, *ramusculaire* : les dilatations des troncs ne sont *qu'accessoires et secondaires*.

On nous permettra d'ajouter au nombre des altérations concomitantes le développement des varices dans les veines du petit bassin, mais plus spécialement, chez l'homme, dans les plexus des vésicules séminales et dans les plexus latéraux de la prostate ; chez la femme, dans les plexus du vagin.

Nous avons enfin fait cette remarque, que c'est chez les sujets atteints d'hémorrhoïdes considérables que se constatent surtout ces dilatations variqueuses rencontrées, par tous les anatomistes, dans l'épaisseur du grand fessier et à sa face profonde, sur les différentes ramifications de la veine ischiatique.

Telle est la topographie de la lésion hémorrhoïdaire et de ses irradiations (1). Nous devons maintenant rechercher quelle est la composition d'une hémorrhoïde, et quelle part respective prennent au processus les veines des différentes couches constituant le conduit ano-rectal.

La lésion la plus grosse, la plus apparente, siège incontestablement dans la couche cellulo-vasculaire ou sous-muqueuse : c'est là que les veines se renflent en ampoules, en bosselures volumineuses facilement analysables par la dissection. Sur un même sujet injecté, il est possible parfois d'observer tous les degrés des varices rectales.

Réduite à son minimum, l'altération veineuse se présente sous forme de petites dilatations allongées, comparables à un grain de blé, ou plus petites encore, sphériques, du volume d'un grain de chènevis : ce sont les

(1) Sur plusieurs sujets nous avons observé que des hémorrhoïdes internes étaient reliées par des troncules dilatés à l'origine des plexus vaginaux ou prostatiques. Il était aisé de voir sur ces pièces la lésion variqueuse décroître à mesure qu'on s'éloignait du rectum : la zone ano-rectale formait donc pour toutes ces varices du petit bassin un véritable centre d'irradiation.

fameuses ampoules. Ces petites dilatations ampullaires ne sont pas seulement observables à l'extrémité des veinules, on les trouve échelonnées le long d'un vaisseau, formant comme un chapelet, dont les grains seraient distants les uns des autres. Autre part, les ampoules semblent appendues à l'extrémité des petites veines, mais ce n'est souvent qu'une apparence, et de ces petites ampoules pseudo-terminales partent d'autres

FIG. 106. — Dilatations serpentines et ampullaires.

ramuscules qui se perdent dans la muqueuse. A côté de ces dilatations en boule, on observe des dilatations en fuseau, des renflements irréguliers au niveau d'une bifurcation, des contournements en hélice, ou encore cette disposition, bien décrite par Verneuil, de petites veinules se détachant d'une anse ectasiée, rangées parallèlement et serrées les unes contre les autres, à la façon des fils d'une aigrette.

FIG. 107. — Disposition des veinules en fils d'aigrette.

FIG. 108. — Agglomération d'ampoules.

Une hémorrhoïde résulte pour ainsi dire de la condensation en une seule masse de toutes ces dilatations et flexuosités que nous venons d'étudier isolées, à l'état d'étalement et de dissociation, et dont l'ensemble figure comme une sorte de cône, dont le sommet ou pédicule est appendu à un ou deux troncules veineux et dont la base est tournée vers l'anus. Nous avons ainsi montré comment d'une simple varice on s'élève à la

tumeur hémorrhoïdaire ou *hémorrhoïde type*. Nous comprenons sous ce

FIG. 109.

FIG. 110.

FIG. 109 et 110. — Tumeurs hémorrhoïdales appendues à une ou plusieurs veinules.

dernier terme la tumeur solitaire, bien isolée, appendue à un ou deux troncules vasculaires ou encore à plusieurs veinules réunies en faisceau.

FIG. 111. — Fusion latérale des tumeurs hémorrhoïdales, superposition de deux bourrelets.

Que des hémorrhoïdes types se réunissent par leurs bords et que cette

fusion gagne chacune des tumeurs hémorrhoïdaires appendues aux branches terminales de la mésaraïque, et nous obtiendrons de la sorte un véritable bourrelet circulaire enveloppant complètement le conduit ano-rectal.

La complexité peut être plus grande encore : de la périphérie du bourrelet se détachent une série de petites branches capables de se pelotonner et de se renfler de manière à former un second bourrelet d'hémorrhoïdes sous-jacent au premier : c'est ainsi que naissent bon nombre d'hémorrhoïdes externes qui ne sont alors que l'extension aux veines hémorrhoïdales inférieures, ou à leurs anastomoses avec les origines des hémorrhoïdales supérieures, du processus qui a débuté par ces dernières. Cette évolution rend bien compte de l'aspect que présentent les hémorrhoïdes procidentes avec leur double bourrelet concentrique. Il est toutefois quelques différences dans la composition de ces bourrelets. L'externe est généralement formé de renflements moins nombreux, mais d'un diamètre plus considérable, certains atteignant 6 à 8 millim. de diamètre et même davantage, tandis que, dans les paquets d'hémorrhoïdes internes, peu de veines dépassent 2 ou 3 millim. Les hémorrhoïdes externes se rapprochent plus des varices sous-cutanées ordinaires, telles que nous les observons dans d'autres régions.

La morphologie toute spéciale des hémorrhoïdes internes ne tient pas seulement à leur formation aux dépens d'une foule de petites ramifications qui s'intriquent en tous sens, elle résulte de la tendance générale qu'ont les productions sous-muqueuses du rectum, par suite d'une laxité particulière de la couche celluleuse, à se coiffer de la muqueuse et à descendre vers l'anus : de là cet aspect en saillie et cette procidence si fréquente des paquets variqueux à travers la filière sphinctérienne.

La dégénérescence variqueuse n'affecte pas que les veines de la couche cellulo-vasculaire ; celles du revêtement muqueux comme celles des autres tuniques du rectum se trouvent intéressées. Il est facile sur le vivant de constater l'ectasie des petites veinules qui serpentent dans la muqueuse à la surface d'un bourrelet hémorrhoïdal ; ces varicosités peuvent même exister seules en l'absence d'ampoules sous-muqueuses *notables*, formant par places de petites houppes ou granulations d'un

rouge vif ; c'est, sans nul doute, cette observation qui a donné l'idée à Allingham, et à d'autres, de décrire des hémorrhoïdes capillaires (ou intra-muqueuses) par opposition aux hémorrhoïdes veineuses ou sous-muqueuses. Cette distinction, à la rigueur admissible en clinique,

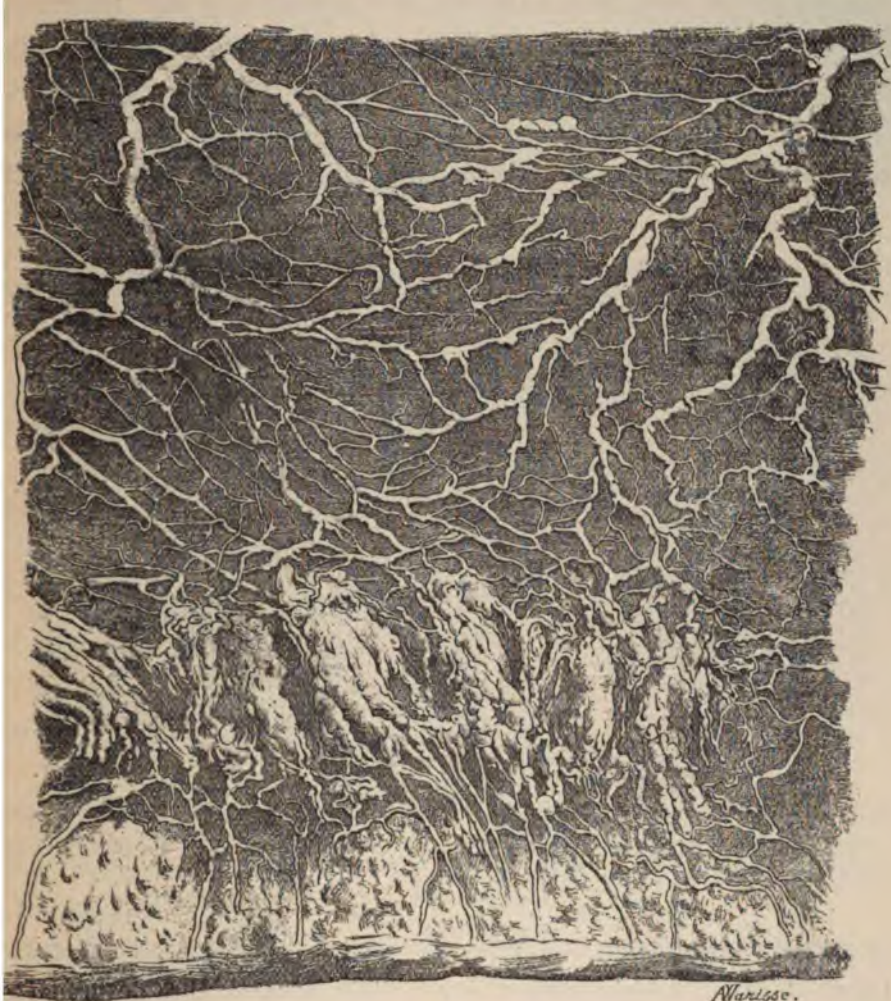


FIG. 112. — Bourrelet hémorrhoïdal, dilatation ampullaire des troncs sous-muqueux.

n'est guère anatomiquement acceptable : la dégénérescence variqueuse n'est jamais limitée à la couche cellulo-vasculaire ou sous-muqueuse, elle s'étend constamment aux vaisseaux du revêtement et jusqu'aux vrais capillaires qu'elle modifie dans leur calibre et leur structure.

Ces faits vont suffisamment ressortir de l'étude histologique qui nous reste à faire.

Quand on étudie une hémorrhoïde sur une coupe, on constate qu'elle est constituée par un repli de la muqueuse ano-rectale enveloppant des veines altérées dans leur structure, on s'aperçoit que non seulement l'altération des veines n'est pas circonscrite, mais que cette altération est de même nature, quelle que soit la tunique intestinale envisagée —

Altération des veines de la sous-muqueuse.— En apparence les lésions veineuses sont variées : tantôt leur paroi est épaissie, tantôt elle subit

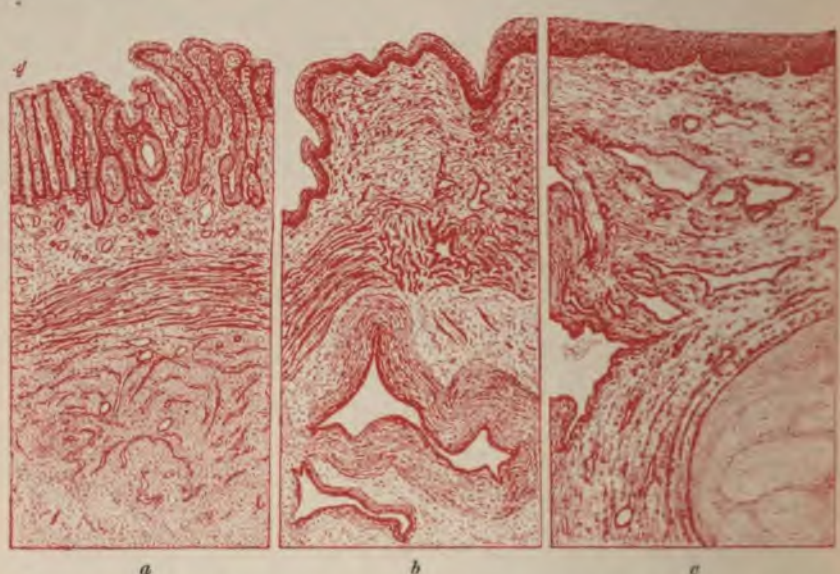


FIG. 113.— Coupe d'une hémorrhoïde. — *a*, portion recouverte de muqueuse rectale ; *b*, zone anale proprement dite ; *c*, portion recouverte de muqueuse anale avec épithélium pavimenteux stratifié.

un extrême amincissement. L'épaississement des parois n'est pas constamment dû aux mêmes causes. Sur un très petit nombre de préparations, nous avons reconnu, de la façon la plus nette, que cet épaississement tenait à une hyperplasie des fibres musculaires lisses : sur la plupart l'élément contractile a plutôt diminué ou a même complètement disparu ; il a fait place à une sorte de tissu coloré en rose clair par le picro-carmin, parsemé de cellules conjonctives dont maintes ont la forme étoilée. Certains vaisseaux présentent ainsi une véritable transformation de leurs

tuniques en tissu muqueux; sur d'autres, ce tissu est parcouru par des travées fibrillaires, mais deux caractères sont constants : d'une part, ce tissu augmente dans des proportions considérables l'épaisseur du vaisseau; d'autre part, il envoie vers sa lumière de véritables bourgeons qui la déforment; enfin et moins fréquemment les parois épaissies sont uniquement formées de tissu fibreux.

En résumé, la paroi veineuse épaissie peut être musculaire ou fibreuse, la plupart du temps elle est composée d'un tissu spécial de caractère embryonnaire, véritable bourgeonnement de l'endoveine. Dans tous les

FIG. 114.

FIG. 115.

FIG. 114 et 115. — Transformation de la paroi veineuse en tissu muqueux.

cas, les vaso-vasorum sont dilatés, ils apparaissent parfois comme des lacunes creusées au sein du tissu conjonctif.

Les altérations que nous venons de passer en revue s'observent sur des veines d'un certain calibre; elles se constatent également sur les plus petites veinules.

L'amincissement des parois est visible sur les veines de tout calibre; il est surtout manifeste sur les veines qui offrent une lumière agrandie et forment ces cercles rouges qu'on aperçoit à l'œil nu sur les coupes d'hémorrhoïdes : la paroi du vaisseau est réduite à une mince couche de tissu fibreux, tantôt bien distincte du milieu environnant, tantôt con-

fondue avec lui ; les veines contiguës et d'égal volume fusionnent leurs parois au niveau de leur point de contact, il en résulte que, là où plusieurs veines ou veinules sont rassemblées, la paroi propre des veines, confondue avec le tissu fibreux voisin, semble avoir disparu : on n'observe plus que des cavités irrégulières creusées au milieu d'une gangue fibreuse et séparées les unes des autres par des cloisons fibreuses. On arrive de la sorte à la constitution d'un véritable tissu caverneux par transformation scléreuse des veines, fusion de leurs parois et bourgeonnement du tissu conjonctif dans les cavités vasculaires agrandies et déformées. Il n'est pas douteux que les vaso-vasorum participent à ce processus ; ainsi sclérosées les veines subissent pour la plupart la dila-

FIG. 116.— Fusion des parois de veines contiguës.

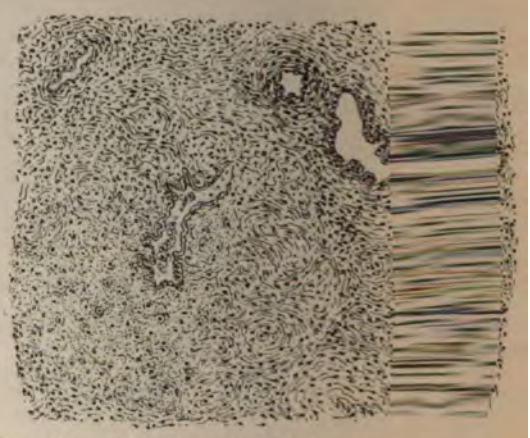


FIG. 117. — Transformation de la sous-muqueuse en tissu caverneux.

tation, ce fait n'est pourtant pas général ; quelques-unes s'oblitèrent, d'autres voient leur calibre se rétrécir. L'oblitération se fait par un mécanisme très simple, la substitution, à un thrombus préalablement formé, d'un tissu conjonctif qui bourgeonne de l'endoveine. Le rétrécissement des veines résulte de l'excès du bourgeonnement endoveineux ; il semble en rapport avec la réaction du tissu conjonctif interstitiel.

ALTÉRATIONS DE LA MUQUEUSE ANO-RECTALE. — Les altérations nous ont paru généralement prédominer au niveau de la zone anale proprement dite (1). A ce niveau, dans les parties superficielles du chorion muqueux,

(1) C'est-à-dire la zone comprise entre les lignes ano-cutanée et ano-rectale.

les capillaires sont au début simplement dilatés, tortueux, bosselés; les noyaux qui parsèment leurs parois sont plus nombreux; dans les parties plus profondes de la muqueuse, on observe de véritables lacunes irrégulières, à bords festonnés, creusés dans le derme, et tapissées d'endothélium. Quelques-unes sont bordées d'une rangée de cellules rondes, appliquées contre l'endothélium; sur d'autres, l'endothélium est doublé d'une mince couche fibrillaire. Entre les vaisseaux, les cellules rondes sont plus abondantes qu'à l'état normal. A côté de cavités lacunaires,

FIG. 118. — Transformation caverneuse de la muqueuse anale.

on rencontre la coupe circulaire de capillaires à parois extrêmement épaisses; avec leur tissu hyalin parsemé çà et là de quelques cellules rondes, ils rappellent absolument les capillaires des tumeurs érectiles. Nous avons noté ces modifications de structure des capillaires non seulement dans l'épaisseur de la muqueuse, mais encore dans la couche cellulo-vasculaire sous-muqueuse. A un stade plus avancé, la muqueuse anale devient fibreuse, sans délimitation précise d'avec les couches sous-jacentes et se transforme en tissu caverneux.

Les vaisseaux à plusieurs tuniques qu'on rencontre dans l'épaisseur de la muqueuse présentent exactement les mêmes transformations que les veines de la couche cellulo-vasculaire. Nous avons déjà mentionné la prolifération des cellules rondes du derme ; en dehors de toute solution de continuité, cette prolifération peut aller jusqu'à former de véritables foyers. Il nous a paru que les cellules étaient généralement plus abondantes dans les parties superficielles contre l'épithélium.

Dans la muqueuse rectale proprement dite, les lésions ne semblent pas sensiblement différer : ectasie des capillaires qui en certaines places se rapprochent des culs-de-sac glandulaires au point de sembler en contact avec l'épithélium, formation de véritables lacunes, infiltration du tissu par des cellules rondes, tantôt amassées contre les fonds des tubes,

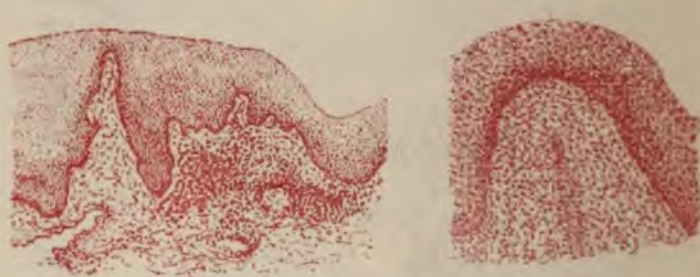


FIG. 119. — Lésions inflammatoires de la muqueuse anale.

tantôt interposées entre les glandes qu'elles écartent, transformation hyaline ou fibrillaire des capillaires, tout nous rappelle les altérations précédemment décrites.

La musculo-muqueuse est parfois intacte, parfois elle est comme amincie et dissociée. Nous n'avons noté qu'une fois son hypertrophie. Comme la muqueuse anale enfin, la muqueuse rectale peut subir la transformation caverneuse.

En résumé, les tuniques muqueuse et sous-muqueuse sont altérées dans les hémorrhoïdes. Dans chacune d'elles, les lésions portent sur les capillaires, sur les veines et sur le tissu périvasculaire.

Les *capillaires vrais* sont dilatés et bosselés, mais de plus leur

paroi porte les traces d'un véritable processus irritatif, la prolifération des cellules en contact avec l'endothélium en est la preuve : ce processus aboutit d'abord à l'épaississement hyalin des vaisseaux, puis ultérieurement à la formation d'une gaine fibroïde surajoutée à l'endothélium.

Pour les moindres veinules comme pour les veines à trois tuniques, il s'agit encore d'un processus irritatif d'une phlébite végétante ayant pour point de départ l'endoveine. Cette endophlébite aboutit, comme l'endocapillarite, à la transformation fibreuse des vaisseaux et à leur fusion avec le tissu conjonctif ambiant lui-même transformé (1).

Le *tissu périvasculaire* quel qu'il soit, présente d'une façon générale, tous les signes de l'inflammation chronique.

FIG. 120. — Dilatation des capillaires et épaississement de leurs parois.

A ces lésions inflammatoires s'ajoutent des résultats d'ordre vraisemblablement mécanique, au moins en partie, tels que la dilatation et la déformation des vaisseaux.

La conséquence ultime de tout le processus est la tendance des parois rectales à se transformer en tissu caverneux. D'autres modifications sont possibles, elles succèdent principalement à toute une série de complications que nous étudierons plus loin. Je ne fais que citer ici la transformation des hémorrhoïdes externes en ces replis plus ou moins flasques qu'on observe si souvent à la marge de l'anus et qu'on appelle des *marisques* et l'atrophie fibreuse définitive observée chez les vieillards.

(1) CORNIL et RANVIER, *Traité d'histologie pathologique*, 2e éd., t. II, p. 353, signalent la présence de phlébolithes dans l'intérieur des veines.

Telles sont les lésions essentielles des hémorrhoïdes. Il était intéressant de compléter cette étude anatomo-pathologique, en recherchant l'état de quelques autres tissus englobés dans la tumeur hémorrhoïdale, en particulier des glandes, des muscles, des nerfs et enfin des artères.

Glandes. — En dehors des cas où il existe une ulcération, les lésions sont purement périglandulaires et interstitielles ; l'épithélium caliciforme, la paroi propre, se montrent avec leur aspect normal.

Muscles. — On peut observer l'hypertrophie des fibres lisses dans la musculo-muqueuse. Le plus souvent, les fibres tendent à diminuer et à s'atrophier. Quant aux fibres striées, nous avons noté chez un sujet la prolifération des noyaux du sarcolemme, l'aspect trouble et mal strié des faisceaux primitifs.

Nerfs. — Sur plusieurs pièces, nous avons rencontré la coupe de filets

Fig. 121. — Lésions irritatives autour des culs-de-sac glandulaires.

Fig. 122. — Lésions de périnévrite.

nerveux, la plupart du temps au voisinage des artérioles, dans la couche cellulo-vasculaire ; ces nerfs siégeaient tantôt au milieu d'un tissu cellulaire lâche normal, tantôt au milieu d'un tissu devenu scléreux; les vasa nervorum participent parfois à la dilatation variqueuse. Les seules lésions constatées sont des lésions de périnévrite.

Artères. — L'état des artères a sollicité la curiosité de beaucoup de pathologistes. Gosselin écrivait « qu'il aurait bien voulu savoir si les tumeurs hémorrhoïdales renferment des artères plus abondantes et plus volumineuses qu'à l'état normal ». Allingham n'hésite pas à trancher la question ; il y a pour lui trois variétés anatomiques d'hémorrhoïdes : des

hémorrhoïdes *capillaires*, des hémorrhoïdes *artérielles* et des hémorrhoïdes veineuses.

Les hémorrhoïdes veineuses sont représentées par des tumeurs volumineuses dans la structure desquelles le système veineux prédomine. On pourrait les qualifier aussi de passives.

Les hémorrhoïdes capillaires se composent presqu'entièrement de vaisseaux capillaires hypertrophiés et de tissu spongieux.

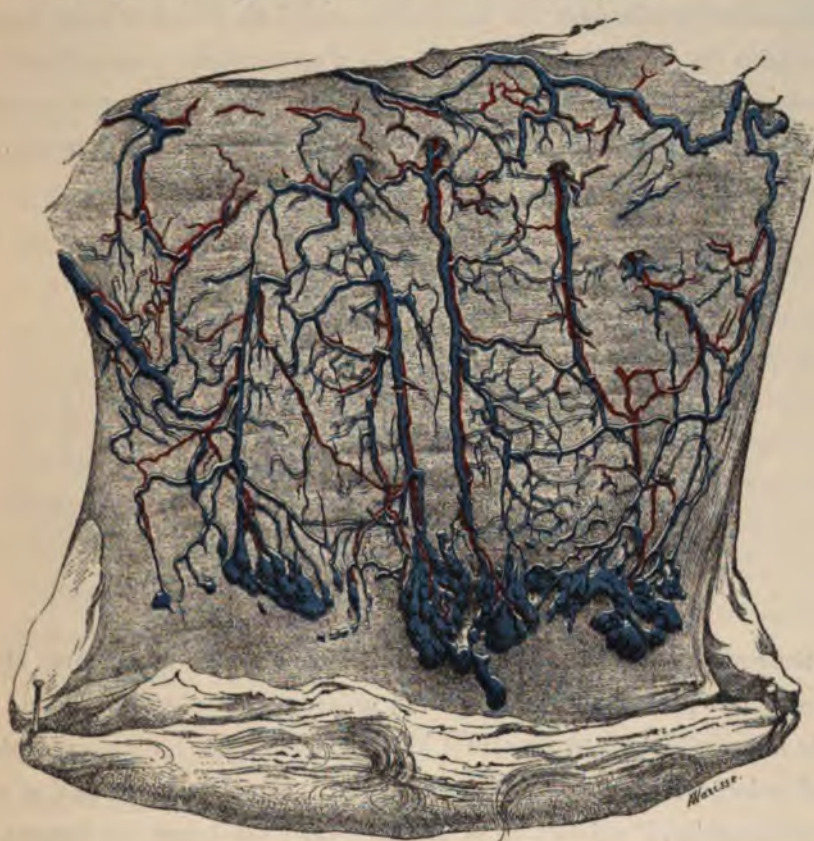


FIG. 123. — Hémorrhoïdes injectées au suif (en bleu), artères hémorrhoïdales supérieures (en rouge).

La troisième variété enfin renferme « des tumeurs de volume variable, atteignant parfois des dimensions considérables, d'aspect luisant, lisses au toucher, saignant par jet si on les égratigne et donnant issue à du sang rutilant. La dissection a montré que ces tumeurs consistent « en nombreuses artères et veines librement anastomosées, tortueuses

et quelquefois dilatées en ampoules et en stroma de tissu conjonctif ».

Nos observations personnelles sont en complète contradiction avec celles de l'auteur anglais.

Nous avons injecté à la fois le système artériel et le système veineux chez quelques sujets ; nous avons disséqué dans l'épaisseur même des paquets variqueux ou à leur surface, de fines ramifications artérielles. Ces ramifications ne nous ont offert sur leur trajet aucune trace d'ectasie; il ne nous a jamais paru que la richesse artérielle d'un territoire hémorrhoïdaire fût plus considérable que celle d'un territoire voisin. De même, sur les coupes, les artères nous ont toujours semblé en très petit nombre relativement à l'abondance des veines et veinules. En général, les

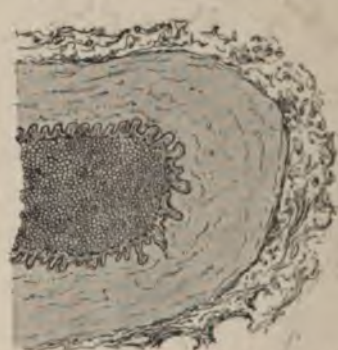


FIG. 124. — Coupe d'artère (aucune lésion de l'endartère).

artères ont été trouvées normales, tant comme calibre que comme structure. Dans peu de cas elles nous ont présenté quelques altérations ; une fois les parois se sont montrées amincies, les fibres musculaires pâles, mal colorées, le calibre un peu augmenté. Dans un autre cas, et chez le même sujet, il existait de la périartérite, c'est-à-dire en somme une propagation à l'artère de l'inflammation du tissu conjonctif environnant; sur une pièce, enfin, à côté d'une artériole normale était une petite artère, atteinte d'un léger épaississement de l'endartère avec transformation conjonctive partielle des deux autres tuniques.

Par conséquent, nous mettons en doute la réalité d'une multiplication ou d'une hypertrophie des artères. L'observation des pathologistes anglais n'est exacte que cliniquement : il est bien vrai que sur certaines

tumeurs hémorrhoïdales, la moindre érosion fait jaillir un jet de sang rouge; il est bien vrai qu'en pratiquant le toucher, on éprouve, en pareil cas, la sensation d'une pulsation forte comme le pouls d'une radiale; mais de là à conclure que ces tumeurs consistent en nombreuses artères et veines franchement anastomosées, il y a loin. A quels caractères a donc été reconnue la nature artérielle de ces vaisseaux dilatés et ampullaires? Ont-ils été injectés sur le cadavre? En a-t-on fait l'examen microscopique après excision?

Les signes observés en clinique n'ont nullement besoin de l'intervention des artères pour recevoir une interprétation satisfaisante : la production exagérée de tissu caverneux et l'hypertrophie des capillaires sont susceptibles de communiquer aux hémorrhoïdes l'apparence et les conditions circulatoires des tumeurs érectiles. En effet, si entre un vaisseau afférent et un efférent on allonge le double cône des capillaires, on diminue la vitesse du sang et on prolonge son contact avec les tissus, mais si en même temps qu'ils augmentent de longueur, les capillaires se dilatent, on conçoit que l'effet précédent puisse être annihilé et que le cours du sang puisse même en devenir plus facile. La transformation caverneuse d'un tissu quelconque est donc capable, suivant les cas, de gêner la circulation, de l'aider ou même de la favoriser à l'excès. Ce qu'on observe chez quelques hémorrhoïdaires, la coloration rouge de la muqueuse en quelques points, les battements, le jet de sang rythmé, tout cela ne signifie qu'une chose, c'est qu'en ces points la circulation est plus facile, plus rapide à travers les voies capillaires agrandies : il est même possible qu'une partie des altérations soit consécutive à des modifications de la circulation locale, telle l'hypertrophie de la tunique musculaire des veines. Quelques veines hémorrhoïdales subiraient une sorte d'artérialisation, tandis que les parois des artères resteraient normales ou tendraient plutôt à s'atrophier.

Certes, il est permis d'établir un parallèle entre quelques hémorrhoïdes et les angiomes, mais il faut reconnaître que les modifications circulatoires, qui rapprochent les hémorrhoïdes des angiomes, sont partielles et localisées. La majeure partie de la masse hémorrhoïdaire possède une circulation ralentie, défectueuse, tant à cause de l'amplification des voies

de retour, défavorable à la vitesse, que des pressions qui à chaque effort s'exercent à contre sens du courant normal.

De cette discussion et des descriptions anatomiques précédentes se dégagent les conclusions suivantes :

Dans toute hémorrhoïde, les capillaires, les veinules et les veines sont intéressés ; les artères sont hors de cause.

L'altération essentielle est double : elle consiste d'une part dans une modification de structure de la paroi vasculaire, d'autre part dans la dilatation des vaisseaux précités.

L'altération des parois vasculaires est de nature phlébitique, elle diffère peu de celles qu'on observe dans les varices en général. Au début, le processus inflammatoire affecte non la tunique moyenne, mais l'endoveine ; les tuniques veineuses sont épaissies, puis à cette période d'hyperthrophie succède une période de transformation conjonctive et d'atrophie définitive. C'est alors que les éléments doués d'élasticité, c'est-à-dire les tissus élastiques et musculaires, ayant disparu, les veines devenues incapables de résister à l'effort du sang, se laissent forcer et dilater.

L'anatomie pathologique des hémorrhoïdes ne serait pas complète si l'on n'ajoutait aux altérations typiques des veines les modifications que leur infligent différents processus et qu'on est convenu de ranger parmi les complications des hémorrhoïdes.

Complications des hémorrhoïdes. — On range ordinairement au nombre des complications : la procidence, la fluxion hémorrhoïdaire, l'inflammation, l'irréductibilité, l'étranglement, l'ulcération et la gangrène.

La procidence est ce mouvement de descente que, sous l'influence de l'effort, accomplit le bourrelet hémorrhoïdal, et qui va jusqu'à l'issue complète en dehors de l'anus.

La procidence ne mériterait guère le titre de complication, si elle n'intervenait comme un élément important dans les états pathologiques qui compliquent les hémorrhoïdes. Réduite à elle-même, elle consiste dans le glissement de la muqueuse et de la cellulo-muqueuse réunies sur les couches sous-jacentes. Quand on étudie les connexions des dilatations

ampullaires avec la muqueuse, on reconnaît que, dans la plupart des cas, leur dissection est difficile, sinon impossible, contrairement aux affirmations de Gosselin, dont les recherches n'ont porté que sur un seul sujet. De même, les examens histologiques de pièces, enlevées sur le vivant, démontrent bien qu'il n'y a pas de tissu cellulaire lâche entre les grosses varices de la tunique cellulo-vasculaire et la muqueuse. Par contre, il est assez facile, par la dissection, de séparer la face externe des hémorrhoïdes des autres couches ; nous en avons fait maintes fois la constatation en exécutant le premier temps de l'opération de Whitehead.

Ceci posé, voici ce qui se passe dans l'effort : les hémorrhoïdes gorgées de sang forment dans la cavité du rectum un véritable corps étranger que la pression abdominale tend à expulser au dehors. Il n'y a là, j'ai hâte de le dire, rien de spécial aux hémorrhoïdes ; toute production anormale dépendant de la muqueuse et faisant saillie dans la cavité intestinale a les mêmes tendances au prolapsus ; c'est ce qui s'observe pour les adénomes qui se pédiculisent et pour le carcinome.

Il n'est pas besoin d'invoquer l'action des matières fécales qui repousseraient le bourrelet au-devant d'elles ; indépendamment du bol fécal, la pression abdominale exerce une pesée sur le bourrelet d'hémorrhoïdes qui n'est plus retenu à l'intérieur que par la fermeture sphinctérienne : qu'on annule cette dernière par la dilatation, le paquet se précipite au dehors.

La répétition incessante de ces mêmes actes rapproche les hémorrhoïdes internes de l'extérieur et développe la laxité du tissu cellulaire qui les sépare de la couche musculaire.

Il résulte de ce qui précède que la procidence est nécessairement favorisée par toute cause d'efforts et de poussée abdominale, et encore par toute cause amenant la turgescence, la fluxion du bourrelet variqueux.

Fluxion et thrombose veineuse. — Dans certaines circonstances, les hémorrhoïdes externes ou internes se gonflent, deviennent douloureuses ; leur surface, lisse et tendue, prend une teinte violacée ; on dit qu'elles sont en état de fluxion. Ces mouvements fluxionnaires des hémorrhoïdes ont toujours beaucoup frappé et intrigué les médecins. On sait que pour

Stahl et la plupart des auteurs du XVIII[e] siècle, l'afflux du sang dans les veines hémorrhoïdales était, par sa répétition, la cause de la distension des veines et non la conséquence des varices.

Cette dernière conception est incontestablement erronée, mais il est juste de reconnaître que Stahl et ses partisans n'étaient pas loin de la vérité en découvrant dans le mouvement fluxionnaire la principale cause de la procidence : ils ne pouvaient assurément pas donner une interprétation exacte de cette fluxion et des causes qui l'engendrent, ils lui ont accordé dans la production des symptômes et des accidents hémorrhoïdaux une juste importance, que Gosselin, un siècle plus tard, a essayé mais en vain de leur dénier. Il s'agit bien dans la majorité des cas, non de gêne passive dans la circulation, mais d'une véritable congestion active à laquelle il faut faire plus que la « très modeste part » que nos classiques lui concédaient comme à regret.

La cause ordinaire, essentielle, à travers toute l'étiologie bigarrée que nous retracerons plus loin, reste identique : c'est l'infection des varices, c'est l'inflammation engendrant là, comme partout ailleurs, la vaso-dilatation des artérioles et veinules.

Nous ne nions pas que des congestions hémorrhoïdales ne puissent consister en de purs phénomènes vasculaires attribuables à une autre cause qu'à une infection locale. Nous disons que cette dernière est la raison ordinaire des turgescences et fluxions banalement observées chez les hémorrhoïdaires.

On nous objectera bien que l'inflammation des veines, variqueuses ou non, amène la coagulation sanguine, la thrombose, et que ce résultat est en contradiction avec l'observation clinique qui nous montre la résolution, parfois au bout de deux ou trois jours, du flux de sang qui avait momentanément obstrué les varices.

La contradiction n'est qu'apparente : il existe des phlébites hémorrhoïdaires dans lesquelles tous les paquets ou la plus grande partie, tout au moins, ont leur contenu sanguin coagulé ; mais à côté de ces phlébites en bloc, il est des thromboses très localisées, à siège profond, laissant au paquet saillant, extérieur, une certaine mollesse. La phlébite n'en existe pas moins ; elle est seulement cachée, limitée à quelques ampoules.

Elle appelle dans celles qui sont restées perméables cet afflux de sang qui constitue précisément la fluxion hémorrhoïdaire. Plus d'une fois, nous avons fait remarquer, au cours d'une opération sur des hémorrhoïdes gonflées et procidentes, recouvertes d'une muqueuse non ulcérée, l'existence dans la profondeur, tout contre le bord inférieur du sphincter, de petits sacs veineux contenant des caillots sanguins de fraîche date, cause vraisemblable de la petite poussée qui avait engagé le malade à venir demander nos soins. Ces thromboses partielles et profondes sont donc en réalité très communes.

Nous citerons à titre de document, l'observation suivante d'un malade opéré en pleine crise fluxionnaire et chez lequel l'examen bactériologique a été pratiqué par M. Lesage (1).

Obs. LXVIII. — B. E..., âgé de 40 ans, journalier, entre le 24 janvier 1893 à l'hôpital Cochin, pour une poussée congestive de ses hémorrhoïdes. Il s'est aperçu de son infirmité il y a environ deux ans, par la gêne et la pesanteur qu'il éprouvait souvent du côté du rectum. Il y a six mois, il eut une première crise; puis survinrent des démangeaisons, des cuissons au moment des selles, quelques petits suintements après chaque défécation, en un mot, les signes d'une fissure tolérante ; puis les éruptions s'amendèrent et disparurent.

Le 22 janvier, soit deux jours avant son entrée à l'hôpital, B... fut pris d'une nouvelle crise aiguë ; ses hémorrhoïdes se gonflèrent et firent saillie au dehors ; leur surface était rouge, tendue, chaude, mais il n'y avait aucun signe de coagulation sanguine, et le bourrelet procident était parfaitement réductible. Douleurs pendant et après la défécation ; station debout impossible, pas de fissure.

L'opération fut pratiquée, le 26 janvier, par la méthode de Whitehead. En disséquant la face externe du bourrelet, nous trouvâmes profondément de petits caillots qui furent recueillis dans des tubes stérilisés, directement de la plaie même, bien nettement séparée de l'anus (cela résulte du procédé opératoire lui-même). Il importe d'insister sur ce fait, que rien ne pouvait nous autoriser à affirmer ou à soupçonner l'existence de petites thromboses profondes. Ces caillots étaient, du reste, tout récents. Ils ont donné lieu aux recherches suivantes :

« La culture du caillot démontre la présence : 1° du bacterium coli commune ; 2° du staphylococcus albus. Au premier abord, le premier paraît plus abondant que le second, si on se fie au nombre des points de culture ; mais, dans cette comparaison numérique, il faut toujours tenir compte du pouvoir végétant faible du staphylococcus que l'on rencontre fréquemment dans la région anale. L'expérimentation montre que le bacterium coli présente les caractères du microbe virulent. A faible dose, il tue la souris inoculée dans la veine de l'oreille. Dans le cas particulier, ce microbe paraît avoir acquis des

(1) V. Hartmann et Lieffring. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, janvier 1893, p. 69, et Quénu, *ibidem*, février 1893, p. 100.

propriétés de virulence qu'il ne possède pas à l'état normal. L'expérimentation du staphylococcus albus n'a produit que des résultats négatifs D'ailleurs, ce microbe possède un faible pouvoir de végétabilité. »

Voilà donc une observation des plus nettes d'hémorrhoïdes turgescentes réductibles, sans coagulation sanguine *cliniquement apparente;* or, l'opération prouva que la masse renfermait profondément des coagulations cruoriques toutes récentes, et l'examen bactériologique démontra que ces thromboses étaient infectieuses, dues spécialement au bacterium coli, doué, dans l'espèce, d'une singulière virulence.

Par conséquent, d'après notre manière de voir, *la simple fluxion hémorrhoïdaire n'est que le réflexe vasculaire d'une thrombose partielle de nature infectieuse.*

A un degré de plus, le paquet veineux est turgescent, rouge ou violacé ; il a perdu sa mollesse habituelle pour devenir résistant et tendu. Si on l'incise, on le trouve rempli de caillots sanguins et c'est dans de telles conditions que l'un de nous (1) a obtenu du sang coagulé des cultures de bacterium coli.

La fluxion hémorrhoïdale n'est pas nécessairement la conséquence d'une thrombose même nettement infectieuse. L'indolence peut être complète, l'absence de réaction locale ou générale absolue. Voici un type de cette thrombose à froid, observable surtout sur des hémorrhoïdes externes.

Obs. LXIX. — R..., âgé de 31 an, homme de peine, est entré à l'hôpital Cochin le 7 février 1893. Il se plaint d'éprouver depuis sept à huit jours un peu de gêne à l'anus lorsqu'il vient à se baisser pour son travail. Jusque-là, cet homme n'avait pas souffert ni pendant ni après la défécation ; aucune hémorrhagie rectale. Actuellement encore, la fonction s'accomplit journellement et d'une manière normale. On constate à la marge de l'anus et d'un seul côté, le côté droit, une petite tumeur du volume d'une noisette, violacée, lisse, non douloureuse à l'état de repos ni au toucher, ne devenant sensible que dans les mouvements étendus du tronc : cette tumeur est élastique, fluctuante ; son contenu n'est pas réductible. Auprès d'elle, on observe de petites bosselures variqueuses. Nous portons le diagnostic « hémorrhoïde externe thrombosée ». Le 7 février, incision de la tumeur, extraction des caillots. Ceux-ci, recueillis avec toutes les précautions d'usage, ont été examinés par M. Lesage.

La culture montra la présence de bacterium coli, pas de staphylococcus.

Ainsi donc, *fluxion hémorrhoïdaire*, *thrombose*, *phlébite*, *ce ne sont*

(1) Hartmann et Lieffring. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 28 janvier 1893, p. 63, et *ibidem*, 10 mars 1893, p. 161.

là que des modalités de l'infection veineuse, en rapport vraisemblablement avec l'étendue de l'infection, la nature des agents microbiens, et surtout leur virulence; toute l'histoire des hémorrhoïdes est dominée par ce fait simple : l'inoculation des varices par les micro-organismes qui traversent l'intestin.

Le *bacterium coli semble bien l'agent pathogène habituel de la phlébite hémorrhoïdaire;* il est parfois associé à des staphylocoques. Toutefois, le bacterium coli peut manquer, et dans deux cas de phlébite hémorrhoïdaire les cultures ne nous ont fait constater que des streptocoques. Dans un de ces cas, le streptocoque, isolé et cultivé, au laboratoire du professeur Cornil, par M. Bezançon, jouissait de toute sa

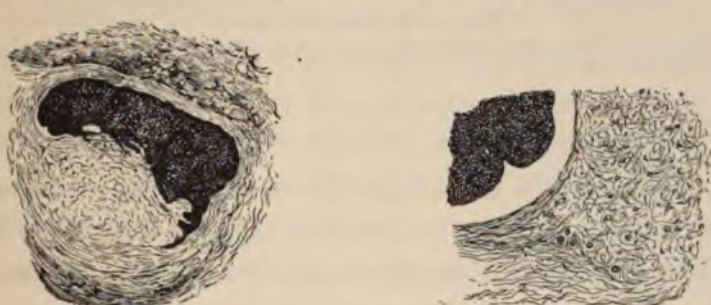


FIG. 125. — Veines thrombosées. Bourgeonnement des parois.

virulence. Inoculé à l'oreille d'un lapin, il a déterminé le développement d'un érysipèle. Les conséquences de la phlébite sont variables : tant qu'elle n'est qu'adhésive, la varice thrombosée s'isole du reste de la circulation, devient un kyste sanguin dont la paroi bourgeonne, et dont le contenu subit l'évolution habituelle aux caillots (1). Peu à peu, toute cavité disparaît, et, s'il s'agit d'une hémorrhoïde externe, il ne reste plus de la tumeur variqueuse qu'un repli cutané aplati, déformé et flasque, auquel on a donné le nom de marisque.

En examinant au microscope la structure de quelques marisques, nous avons remarqué que la muqueuse anale subit une transformation complète en tissu muqueux : les vaisseaux à parois hyalines et épaisses

(1) BODENHAMER a observé dans 6 cas la calcification du thrombus. Dans 3 cas, ces phlébolithes « causèrent une irritation qui amena la production d'une fistule ». *A theoret. and pract. treat. on the Hemorr. disease*, N.-Y., 1884.

ont leur lumière réduite, *beaucoup d'entre eux sont oblitérés*, n'apparaissant plus que sous la forme de cercles hyalins, avec un petit orifice punctiforme à leur centre.

La phlébite hémorrhoïdaire peut suppurer, engendrer l'infection purulente (1), ou se borner à une collection purement locale.

FIG. 126. — Processus d'oblitération des petits vaisseaux dans les marisques.

HÉMORRHOIDES SUPPURÉES. — La suppuration n'est pas un accident rare des hémorrhoïdes, elle est la terminaison possible de toute inoculation ano-rectale, de la simple thrombose comme d'une poussée aiguë de phlébite. Nous avons fréquemment, dans nos examens d'hémorrhoïdes normales ou paraissant telles, mentionné la prolifération des cellules rondes autour des culs-de-sac glandulaires ou dans leur interstice; parfois ces cellules étaient granuleuses et se rassemblaient en petits foyers, sortes de petits abcès microscopiques; la suppuration peut donc être localisée à la muqueuse et passer inaperçue, elle peut s'étendre et gagner les gros troncs de la couche sous-muqueuse, ou encore s'installer primitivement dans cette dernière à la suite d'une thrombose.

Quels qu'ils soient, comme tous ceux de la marge de l'anus, ces abcès d'origine phlébitique se terminent par la formation d'un trajet fistuleux.

Les complications qu'il nous reste à mentionner ne sont guère que la conséquence de celles que nous venons d'analyser; telles sont : l'irréductibilité, l'étranglement, la gangrène et l'ulcération.

HÉMORRHOIDES IRRÉDUCTIBLES. — Turgescentes et enflammées, les hémorrhoïdes internes viennent faire hernie au dehors, à travers le sphinc-

(1) Observée jadis à la suite des opérations sur les hémorrhoïdes.

ter de l'anus (1). Ordinairement très douloureuses, elles provoquent, par le mécanisme de l'acte réflexe, la contracture des muscles sphinctériens : cette constriction augmente encore la congestion, qui arrive ainsi à ses dernières limites : le bourrelet procident devient irréductible.

Les lésions inflammatoires sont alors susceptibles de s'aggraver, mais il importe d'observer que l'inflammation (d'après l'interprétation qui a été donnée plus haut de la fluxion hémorrhoïdaire) est antérieure à l'étranglement, et j'ose dire à la procidence : c'est parce qu'elle est enflammée primitivement, que l'hémorrhoïde est procidente d'abord, puis thrombosée et irréductible. La thrombose gagne ordinairement le cercle des hémorrhoïdes externes, et il est de règle qu'en examinant la région anale on observe deux bourrelets concentriques.

Dans les cas où l'irréductibilité se prolonge, la muqueuse ano-rectale ne tarde pas à subir des altérations profondes : l'épithélium, ainsi que la partie la plus superficielle des glandes, se détruisent, il ne reste plus qu'une trame remplie d'infiltrats sanguins et de leucocytes au milieu desquels se reconnaissent, çà et là, quelques débris glandulaires.

Les vaisseaux de la muqueuse et de la couche cellulo-vasculaire sont thrombosés. On peut observer à la périphérie des caillots, quelques micro-organismes tels que des staphylococcus (2) ; à un degré de plus, la mortification, au lieu d'être partielle, s'étend à toute l'épaisseur de la muqueuse, et intéresse une plus ou moins grande partie du bourrelet. La chute des eschares engendre une perte de substance, et c'est là une origine possible d'ulcère variqueux du rectum.

Nous ne faisons, à cette place, que signaler l'ulcération : son étude sera entièrement faite un peu plus loin, dans un chapitre spécial.

Nous ne saurions trop insister, en terminant, sur les altérations chroniques de la muqueuse rectale, au niveau et au-dessus de la zone hémorrhoïdale ; nous avons constaté ces altérations, ces rectites, sur des pièces recueillies chez des vieillards, mais nos documents sont encore insuffisants pour en présenter une étude complète.

(1) Il se produit une sorte d'ectropion inflammatoire amenant l'éversion au dehors de tumeurs hémorrhoïdales primitivement intra-anales.

(2) QUÉNU. Anatomie et physiologie pathologiques des complications des hémorrhoïdes. *Revue de chirurgie*, Paris, 1893, p. 466.

Étiologie. — Aucune affection n'est peut-être plus commune que ces hémorrhoïdes. Peu de personnes, hommes ou femmes, dit Allingham, arrivent à l'âge moyen de la vie sans en avoir souffert à quelque degré; elles surviennent également, ajoute-t-il, chez l'homme robuste et chez le faible, chez le riche et le pauvre, chez l'actif et le sédentaire. Néanmoins, on a cherché à distinguer et à classer un certain nombre de causes favorisant la phlébectasie rectale.

Age. — L'âge joue un rôle incontestable : c'est principalement à partir de 30 ou 40 ans que les hémorrhoïdes s'observent ; cela veut dire que c'est à partir de cet âge qu'elles sont assez développées pour engendrer quelques troubles et amener les patients à une visite médicale ; mais qu'on examine le rectum de jeunes sujets et même d'enfants : après avoir poussé une injection dans la mésaraïque inférieure, on se convaincra vite que la dilatation ampullaire de l'hémorrhoïdale commence de bonne heure ; anatomiquement, la dégénérescence hémorrhoïdaire est donc une affection précoce ; cliniquement, les manifestations symptomatiques sont tardives, et appartiennent à l'âge mûr. On peut cependant, rarement il est vrai, les rencontrer chez les jeunes gens et même chez les enfants : Ch. Ball (1) rapporte deux cas d'hémorrhoïdes chez des enfants de 6 à 8 ans ; Allingham (2) cite une observation personnelle d'hémorrhoïdes procidentes, pendant la défécation, et donnant même lieu à un léger saignement, chez un enfant de 3 ans ; Ogston (3), enfin, relate un fait dans lequel la maladie paraîtrait avoir été congénitale. Nous pouvons en rapprocher l'observation de Lannelongue (4), dans laquelle la tumeur hémorrhoïdaire débuta quelques jours après la naissance. Personnellement, nous avons eu l'occasion d'examiner une petite fille de 13 mois, d'ailleurs en très bon état, mais sujette à la constipation, n'allant à la selle que tous les deux jours au moyen de lavements, et paraissant souffrir beaucoup pendant la défécation. A l'examen, on pouvait voir, bordant en bas le sphincter, une veine dilatée et même un peu bosselée en un point ; à la commissure postérieure de l'anus siégeait une

(1) Ball. *The rectum and anus*, 1887.
(2) Allingham. *Hæmorrhoïd, fistula, etc.*, 4e édit., p. 92.
(3) Ogston. External hemorrhoids in a new born child. *Lancet*, London, 1883, t. I, p. 819.
(4) Lannelongue. Art. « Hémorrhoïdes ». *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVII, p. 410.

petite fissure saignant au moindre contact, et parfois après les garde-robes (1).

Sexe. — Les hémorrhoïdes seraient plus fréquentes chez les hommes : dans sa pratique personnelle, Ball trouve une proportion de cinq hommes pour trois femmes, mais il se hâte d'ajouter que les statistiques méritent peu de créance : le fait est que, si on s'en rapporte à la fréquence des marisques (2), que la pratique de la gynécologie nous donne si souvent l'occasion d'observer, la proposition pourrait être renversée ; d'autre part, nos recherches anatomiques sur le rectum nous ont fait rencontrer l'altération hémorrhoïdaire à peu près aussi souvent dans l'un et dans l'autre sexe (3).

Grossesse. — Plus d'un tiers des femmes enceintes auraient des hémorrhoïdes, d'après la statistique de Budin (4), qui a examiné, à ce point de vue, 300 femmes ; les varices rectales seraient, toutefois, moins fréquentes que les varices des membres inférieurs, et presque toujours la conséquence d'une constipation opiniâtre. On les observerait plus spécialement dans la classe aisée (5).

On admet encore que certaines constitutions (6), certains états diathésiques, tels que l'herpétisme, prédisposent aux hémorrhoïdes (7) ; il est bien difficile, devant une maladie aussi commune, d'établir l'importance relative, sinon la réalité de toutes ces influences : il en est de même pour l'hérédité, la race (8), le climat (9).

(1) Gosselin écrivait en note : « J'ai trouvé dans quelques ouvrages, et notamment dans celui de de Larroque, l'indication d'hémorrhoïdes chez les enfants... Je croirai aux hémorrhoïdes externes chez les enfants lorsque j'en aurai vu, ou lorsqu'un observateur sérieux, après un examen bien fait, aura dit en avoir vu ».

(2) Potherat. *Traité de chirurgie, Duplay et Reclus*, t. VI. p. 104.

(3) Il est incontestable, écrivait Grisolle, que les hémorrhoïdes sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Grisolle, *Traité de pathologie interne*, Paris, 9e édit., 1879, t. I, p. 716.

(4) Budin. *Les varices chez la femme enceinte*. Th. d'agrég., 1880. 3e partie, varices de l'anus et du rectum, p. 134-54.

(5) Cazin. *Mém pour le prix Capuron*, 1879. Delahaye, 1881.

(6) Tempéraments bilieux.

(7) Lancereaux. *Anat. path.*, t. II, p. 986. « Les hémorrhoïdes sont sous la dépendance du système nerveux, ce sont de simples troubles trophiques. »

(8) Les hémorrhoïdes seraient plus fréquentes en Amérique, en Égypte, en Turquie. D'autres ont accusé aussi la goutte, le rhumatisme, etc.

(9) Les climats chauds et humides seraient une cause prédisposante.

Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur le rôle attribué au régime alimentaire, et aux habitudes hygiéniques.

Régime alimentaire. — Les gros mangeurs seraient fréquemment atteints d'hémorrhoïdes : L'excès d'aliments entraînerait une réplétion exagérée de la veine porte (la fameuse pléthore abdominale), et par suite la dilatation de ses branches d'origine (1).

En dehors de cette action purement mécanique, le régime pourrait agir encore par la qualité des ingesta : il est très rationnel d'admettre qu'un certain nombre de substances introduites dans le tube digestif, ou ayant pris secondairement naissance dans l'intestin, produisent l'altération des veines qui les absorbent : c'est ainsi qu'on pourrait interpréter le rôle du vin et des liqueurs alcooliques, des sauces épicées, du gibier, etc. Mais on ne s'explique pas bien pourquoi ces phlébites toxiques se localiseraient dans le rectum (2).

Habitudes hygiéniques. — De toutes les causes invoquées jusqu'ici, la plus sérieuse est sans conteste la constipation, elle résulte elle-même de toute une série de conditions que nous n'avons pas à énumérer, nous nous contentons de citer en première ligne l'absence d'exercice, la vie sédentaire.

L'insuffisance d'exercice favorise incontestablement la paresse intestinale ; elle amène, en outre, une sorte d'atonie des parois de l'abdomen, qui ne peut être sans effet sur la pression intra abdominale, et par conséquent sur la circulation de la veine porte.

Le rôle de la constipation a été interprété diversement, et adapté pour ainsi dire à chaque théorie à la mode, mais il n'a été nié par aucun des auteurs qui ont écrit sur les hémorrhoïdes.

Il est assez curieux de trouver à la suite de la constipation, dans l'énumération étiologique classique, la diarrhée, l'abus des purgatifs, et en particulier de l'aloès, de la rhubarbe, etc.

Mentionnons encore le défaut de propreté, l'absence d'ablution, le fait

(1) Niemeyer. *Traité de pathologie int. et de thérap.*, Paris, 1869, p. 708.

(2) On peut encore supposer que les substances nocives agissent indirectement sur la circulation intestinale, par l'intermédiaire du foie où elles s'accumulent.

de s'essuyer avec du papier d'imprimerie grossier (1), toutes les irritations de la région anale (2), la station debout (coiffeurs, dentistes) ; la station assise, d'où la fréquence chez les prêtres, les avocats, les hommes de loi, les tailleurs, les cordonniers (3), etc. ; l'équitation (4), les excès vénériens.

Nous discuterons plus tard s'il est possible de trouver un lien qui rattache toutes ces causes si diverses et parfois si contradictoires.

Les hémorrhoïdes ne sont pas seulement le résultat de causes qu'on pourrait appeler physiologiques, leur apparition est parfois liée au développement d'une affection du rectum ou des organes voisins, ou bien encore au trouble fonctionnel d'un appareil éloigné : c'est à ce groupe d'hémorrhoïdes qu'est appliquée l'épithète de symptomatiques.

Hémorrhoïdes symptomatiques. — Parmi les maladies du rectum que viennent le plus souvent compliquer les hémorrhoïdes, nous devons citer en première ligne le cancer : c'est là même une cause fréquente d'illusion pour le malade, d'erreur diagnostique pour le médecin. L'association des varices rectales avec les polypes, les rétrécissements, sont encore chose assez commune ; de même aussi avec la dysenterie, et d'une manière générale avec toutes les affections inflammatoires du rectum. La typhlite est citée comme cause d'hémorrhoïdes par Leube (5).

Les maladies des organes voisins, tels que la vessie, l'urèthre, la prostate, l'utérus, sont signalées comme causes efficientes des hémorrhoïdes. Celles-ci sont, dit-on, fréquentes chez les calculeux, chez les uréthraux, chez les prostatiques. Pour ces deux dernières affections, la coïncidence me paraît indiscutable, mais est-il bien sûr que l'hypertrophie prostatique ait toujours été la première en date ! Nous avons, pour notre

(1) Allingham. *Loc. cit.*

(2) Par des helminthes par exemple (Ashton).

(3) Ashton. *Loc. cit.*

(4) Bien loin d'admettre l'influence pernicieuse de l'équitation au point de vue de la production des hémorrhoïdes, Bodenhamer, à l'exemple de Larrey, accorde à l'exercice du cheval une action préservatrice et salutaire pour les hémorrhoïdes existantes. (Bodenhamer. *The Medical Record*, New-York, 1883, t. XXII, p. 225.

(5) Ziemssen, t. VII, p. 249.

part, observé quelques malades chez lesquels les premiers symptômes ont été manifestement intestinaux, et qui, ultérieurement à quelques années de là, ont été atteints de prostatite avec complications épididymaires (1).

Nous nous sommes demandé si, parfois, au lieu d'être l'effet, les hémorrhoïdes n'étaient pas la cause de certaines inflammations prostatiques et uréthrales chroniques ? La propagation pourrait s'effectuer aisément par les anastomoses qui unissent les veines hémorrhoïdales moyennes et postérieures aux plexus latéraux de la prostate.

Presque toutes les maladies utérines auraient pour effet de modifier la circulation veineuse du petit bassin, et d'agir ensuite sur les vaisseaux de l'anus pour les dilater (2).

Nous sommes loin de refuser à l'utérus et aux annexes malades une influence sur la circulation du rectum. Nous sommes même tout disposés à l'admettre, mais il y aurait, certes, lieu de reprendre cette question, et de rechercher dans quelle mesure et dans quels cas plus spécialement cette association se rencontre ; quel est le rôle respectif des déviations utérines et de la métrite? Les hémorrhoïdes, à leur tour, n'ont-elles pas un certain retentissement sur l'état de la circulation utérine ? Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que toutes les tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire, mais d'une manière plus spéciale toutes les tumeurs dont le développement s'accomplit dans le petit bassin, provoquent ou exagèrent la dilatation des veines ano-rectales.

Plus obscure est l'influence des organes éloignés, et tout spécialement celle du foie. J.-L. Petit (3) proclamait cette influence, en écrivant que « l'obstruction du foie est, par rapport aux veines hémorrhoïdales, ce que les jarretières trop serrées sont aux veines des jambes, et ce que la ligature est à la saignée » ; il semblerait en effet, à priori, que les maladies du foie, et spécialement celles qui troublent si profondément la circulation porte, telles que la cirrhose atrophique, dussent tout spécialement entraver

(1) Ces malades n'avaient aucune trace de rétrécissement, aucun signe de syphilis ou de tuberculose.

(2) Mollière. *Maladies du rectum et de l'anus*, Paris, 1877, p. 480.

(3) J.-L. Petit. *Œuvres posthumes de chirurgie*, t. II, p. 70-140.

le cours du sang dans les veines hémorrhoïdales, et par conséquent en provoquer la dilatation. Et pourtant Monneret (1) a conclu de ses recherches, que : « l'apparition des hémorrhoïdes est rare dans la cirrhose du foie » ; Hirne (2), sur 8 observations de cirrhose du foie, dont 5 avec autopsie, n'a pas noté une seule fois l'existence d'hémorrhoïdes.

Les conclusions de Frerichs (3) sont analogues, ainsi que celles d'Esmarch. Par contre, Ball, Cripps, Quincke (4), etc., considèrent les hémorrhoïdes comme une complication fréquente, non comme un symptôme habituel de la cirrhose hépatique. Il est difficile de se faire, au milieu de toutes ces assertions contradictoires, une opinion précise; la question mériterait, certes, d'être reprise par les médecins.

L'action des maladies du cœur est moins contestée, non plus que celle des affections pulmonaires (l'emphysème par exemple), qui, par l'intermédiaire du cœur, apportent à toute la circulation veineuse une entrave considérable.

Rien de bien établi sur le rôle pathogénique des altérations du rein et de la rate.

Telle est la longue énumération des causes invoquées pour expliquer la naissance des phlébectasies rectales; nous avons tenu à les signaler au fur et à mesure sans commentaires, nous en tenant à la simple observation empirique, mais nous réservant d'aborder à la fin de ce chapitre le si difficile et si controversé problème de la pathogénie des hémorrhoïdes.

Pathogénie. — De toutes nos descriptions anatomo-pathologiques, il ressort deux faits essentiels : 1° que les veines hémorrhoïdales sont dilatées; 2° que leurs parois sont profondément altérées dans leur structure. Quelle est, de ces deux modifications anatomiques, la première en date? L'endophlébite constatée n'est-elle qu'un résultat, qu'une lésion consécu-

(1) MONNERET. Mém. sur les cirrhoses. *Arch. génér. de médecine*, 1852, t. XXIX, p. 401.

(2) Cité par DURET. Recherches sur le pathogénie des hémorrhoïdes. *Arch. génér. de médecine*, 1880, t. I, p. 200.

(3) FRERICHS. *Traité pratique des maladies du foie*, 1866, p. 315.

(4) QUINCKE. Erweiterung der hämorrhoïdal Venen. *Handbuch der Krankheiten des circulations-Appar*, p. 456-452; *H. V. Ziemssen*, t. VI, 1876.

tive à une augmentation de pression dans les veines hémorrhoïdales? L'étude pathogénique des hémorrhoïdes consisterait alors uniquement à rechercher quelles sont les causes susceptibles d'augmenter la pression sanguine dans la veine porte ; c'est la *doctrine mécanique*, à laquelle se rattachent les noms de J.-L. Petit, puis de Gosselin, de Verneuil et de ses élèves Fontan, Duret, etc.

Les causes favorables à l'exagération de la tension veineuse sont de deux ordres : anatomo-physiologiques et pathologiques.

La disposition anatomique des veines du rectum prêterait à la stase : d'abord la portion porte, la plus importante de cet appareil, est dépourvue de valvules (1) ; ensuite, dans la plupart des attitudes, dans la station assise comme dans la station debout, le rectum se rapproche de la verticale, le sang a donc sans cesse à lutter contre la pesanteur. En outre, les branches d'origine de la mésaraïque inférieure, après avoir rampé sous la muqueuse, ayant à perforer la tunique musculeuse de l'intestin, avant de gagner le repli méso-rectal, chacune de ces boutonnières musculaires enserre le tronçon veineux chaque fois que l'intestin se contracte : il y a là une nouvelle source de gêne et de retard pour la circulation en retour. L'hypertension est encore déterminée, à chaque défécation, par les matières fécales qui, en descendant de l'S iliaque, refoulent le sang de haut en bas vers l'anus.

Mais le principal vice de l'appareil vasculaire serait l'indépendance des circulations anale et rectale ; celles-ci ne communiqueraient entre elles, d'après Duret (2), que par des canaux de dérivation traversant les sphincters : par suite, le déversement du sang porté dans le système cave serait subordonné au bon vouloir de la contraction sphinctérienne ; la contracture du sphincter devient de la sorte le facteur principal de la production des hémorrhoïdes.

Dans la défécation *normale*, la pression augmente dans la veine porte par le fait de l'effort, mais, au moment où le sphincter se dilate pour laisser passer le bol fécal, le sang s'écoule avec rapidité par les canaux de dérivation dans les hémorrhoïdales inférieures.

(1) Esmarch ajoute encore cette raison : que les veines sont situées dans un tissu cellulaire lâche, qui ne prête à leurs parois qu'un appui insuffisant?

(2) DURET. *Arch. génér. de médecine*, 1879, t. II, p. 641.

Dans la défécation anormale, dans la constipation, les selles sont infructueuses, la sphincter ne se dilate pas, les canaux de dérivation ne sont pas suffisamment ouverts; de là une stagnation dans les origines de l'hémorrhoïdale supérieure et leur dilatation (Duret). Viennent des *causes pathologiques* exagérant l'action sphinctérienne et par suite l'oblitération des canaux de sûreté, la phlébectasie en sera de plus en plus favorisée (1). Duret en arrive à conclure que, *dans presque tous les cas d'hémorrhoïdes, la contracture du sphincter joue un rôle important.*

Il nous paraît nécessaire, avant d'aller plus loin, d'opposer quelques objections à toutes ces ingénieuses théories. Est-il besoin de faire remarquer que la raison tirée de l'absence des valvules et de la direction n'est pas seulement applicable au rectum ? Quant à l'étranglement que subissent au travers des couches musculaires de l'intestin les veines hémorrhoïdales, il n'est nullement démontré : sur tout le trajet de l'estomac et de l'intestin, les veines passent de la couche sous-muqueuse à travers un double plan de fibres lisses; il n'y a là encore rien de particulier au rectum. Il n'est pas sûr que la contraction du cylindre musculaire constitué par l'intestin modifie le calibre des veines traversantes; il faudrait pour cela qu'il y eût autour de celles-ci des anneaux musculaires comme il en existe dans les veines utérines. Nous ne croyons pas que pareille constatation ait jamais été faite (2).

La théorie de Duret, naguère à la mode, semblait plus solide. N'avait-elle pas pour elle une base anatomique, l'isolement des deux circulations anale et rectale, et des preuves cliniques : la guérison ou l'amélioration des hémorrhoïdes par la dilatation ? Cette base anatomique, l'un de nous croit l'avoir fortement ébranlée : loin de former un appareil isolé de la circulation cave, les origines hémorrhoïdales de la veine porte sont en communication large avec le système veineux général : les voies d'échap-

pement ne manquent guère, et la contracture du sphincter ne peut en influencer qu'une partie ; les ampoules loin d'être normales, ne sont qu'un commencement de lésion ; enfin nos dissections nous ont prouvé l'existence d'hémorrhoïdes externes sans hémorrhoïdes internes, celles-là se continuant avec l'origine des veines vaginales elles-mêmes variqueuses.

D'autre part, la contracture est le plus souvent un accident des hémorrhoïdes ou d'une fissure d'un anus hémorrhoïdaire ; elle est consécutive et non antérieure à leur production ; enfin, il faut bien avouer que la dilatation de l'anus, souveraine contre les accidents des hémorrhoïdes, est absolument insuffisante à guérir ces dernières.

Les causes pathologiques des hémorrhoïdes ont reçu des iatro-mécaniciens la même interprétation : c'est par action mécanique qu'agiraient les tumeurs de l'abdomen, l'utérus gravide, l'utérus en rétroversion, les inflammations péri-utérines, les maladies de la prostate, les calculs vésicaux, etc. Nous ne comprenons pas très bien comment une métrite, une cystite ou une prostatite pourraient gêner à ce point la circulation rectale.

Les accoucheurs ont noté que les hémorrhoïdes manquent chez un bon nombre de femmes enceintes, qu'elles surviennent exclusivement chez les constipées (1), qu'elles apparaissent enfin à une période précoce de la grossesse où il ne saurait être question d'une compression notable de la mésaraïque.

Nous avons, de notre côté, recherché l'état des veines ano-rectales, en cas de tumeurs abdominales, et spécialement de kystes de l'ovaire ; nous avons noté que les hémorrhoïdes manquent fréquemment, qu'elles ne sont spécialement développées que dans les cas où les tumeurs envoient dans le petit bassin des prolongements qui s'y enclavent.

De toutes ces observations, des arguments précédents, et de l'inconstance, sinon de la rareté des hémorrhoïdes dans la cirrhose atrophique, ne sommes-nous pas en droit de conclure que la mécanique est impuissante à nous fournir une bonne pathogénie. Elle a un rôle important que nous reconnaissons ; elle n'a pas le principal.

Plus ancienne encore que la théorie mécanique est la doctrine qui

(1) MAURICEAU, DUBOIS, CAZEAUX, CAZIN, BUDIN.

soutient que les hémorrhoïdes sont engendrées par une influence morbide appelée fluxion ou congestion.

Dans certaines conditions, il y a trop de sang dans les vaisseaux, la pléthore abdominale se manifeste, alors le sang en excès afflue vers les veines ano-rectales et les dilate. Les conditions qui créent la fluxion sont variables, telles sont la suppression des règles, divers états diathésiques, la goutte, le rhumatisme, etc., voilà en quelques mots la doctrine de Stahl (1) qui de la fin du XVII[e] siècle a régné en maîtresse jusqu'aujourd'hui, car, bien que fortement battue en brèche par Gosselin et ses élèves, elle a repris de nos jours quelque force en s'adaptant aux données modernes de la physiologie. C'est ainsi qu'un de nos traités justement classiques renferme cette phrase : « qu'on est toujours contraint d'en revenir à la vieille idée de la fluxion hémorrhoïdaire admise au XVIII[e] siècle par Stahl et son école, et qui, tout obscure qu elle soit encore, s'explique jusqu'à un certain point par les troubles vaso-moteurs ».

Duplay rappelle toute une série d'arguments, déjà mis en avant par ses prédécesseurs, qui plaident en faveur de la fluxion regardée comme génératrice des hémorrhoïdes : tels l'action des plaisirs de table, de l'abus des alcools et des purgatifs, des excès de coït; tels ces cas de règles supplémentaires par l'anus, tels ces phénomènes périodiques de fluxion du côté de l'anus chez des individus pléthoriques. Sa conclusion est que « la fluxion est la cause déterminante la plus active des varices rectales » (2).

La réalité des phénomènes congestifs apparaissant chez les hémorrhoïdaires est incontestable : Gosselin, qui traitait la théorie de Stahl de pure rêverie, est lui-même bien obligé de l'admettre, mais nous savons ce qu'il faut penser de ces fluxions ou crises hémorrhoïdaires ; ce sont ordinairement, sinon presque toujours, des poussées de phlébite localisées à une partie des veines, ou étendues à tout le bourrelet, occasionnant, par action réflexe, une vaso-dilatation des vaisseaux ano-rectaux. Il s'agit donc bien d'un phénomène actif et non d'une stase passive, mais ce phé-

(1) STAHL. *Dissertatio de motû sanguinis hæmorrhoïdali et hæmorrhoïdibus externis.* Halle, 1698-1705.

(2) FOLLIN et DUPLAY, t. VI, p. 451. Mais admettre que les congestions actives dilatent mécaniquement les veines, c'est accorder à une augmentation de pression passagère ce qu'on refuse à une augmentation de pression habituelle.

nomène est secondaire, lié le plus souvent à une infection locale. Nous n'affirmons pas que ce trouble vaso-moteur ne puisse être déterminé par d'autres causes, cela est possible, mais à prouver.

Là, du reste, n'est pas la question. Nous sommes tout les premiers convaincus de la réalité des congestions actives des hémorrhoïdes, mais cela ne suffit pas pour que la théorie Stahlienne soit réhabilitée, il faut prouver que, survenant chez des non hémorrhoïdaires, une série de congestions actives engendrent des hémorrhoïdes : en d'autres termes, que la fluxion précède et non qu'elle suit, qu'elle est cause et non pas simple symptôme.

Nous n'avons fait jusqu'ici qu'œuvre de critique, à notre tour d'essayer l'édification d'une pathogénie moins branlante.

Nous posons en principe que pour les hémorrhoïdes comme pour toute espèce de varice, l'altération des parois veineuses est le phénomène primitif obligé : les veines se laissent définitivement dilater parce qu'elles sont malades et rendues ainsi incapables de résister à l'effort du sang. La phlébite sans poussée intérieure ne produirait vraisemblablement pas de dilatation (1), mais c'est l'association de ces deux facteurs, défaut de résistance de la paroi et poussée contre cette dernière, qui crée la varice hémorrhoïdale.

Dans notre théorie, l'action mécanique tient une place secondaire mais encore importante ; elle s'exerce dans tout effort général, mais spécialement dans les actes d'expulsion abdominale, dans la défécation.

Lorsque cet acte est laborieux, long à se produire, chez les constipés en un mot, le sang veineux de la mésaraïque inférieure subit une hypertension et presse contre les parois veineuses, non parce que des voies de retour lui manquent (ces voies sont innombrables), mais parce que, de par l'effort général, l'hypertension existe au même moment dans le système veineux d'échappement. Les hémorrhoïdes externes se tendent aussi bien que les autres, et pourtant elles appartiennent aux terminaisons des veines tributaires de la honteuse interne.

Telle est la part de l'acte mécanique, où interviennent en première ligne la constipation, puis tous les efforts d'expulsion abdominale, accou-

(1) Les hémorrhoïdes congénitales, pour lesquelles aucune action mécanique ne peut être invoquée, ne sont peut-être qu'un angiome de la muqueuse.

chement, miction difficile, etc., et enfin les compressions passives par des tumeurs pelviennes ou la stase par insuffisance du moteur cardiaque.

Cette concession faite aux mécaniciens, le problème ne consiste plus qu'à rechercher quelles sont les causes de phlébite rectale.

Il est admissible que la phlébectasie hémorrhoïdale soit une manifestation d'une phlébo-sclérose diffuse au même titre que toute autre varice. Il est possible que, dans certaines dystrophies constitutionnelles, il faille accorder une influence au système nerveux sur la production des altérations veineuses; une paralysie vaso-motrice pourrait assurément troubler la nutrition de l'appareil circulatoire par l'intermédiaire des vasa-vasorum. Mais est-il besoin, dans la majorité des cas, de chercher si loin la cause de la phlébite? L'extrémité inférieure du rectum n'est-elle pas de toutes les régions la moins préservée contre toutes les chances possibles d'infection? Les éléments infectieux ne manquent pas, les inoculations sont faciles, provoquées par une éraillure, une éruption insignifiante et les petits traumatismes incessants qui accompagnent les défécations un peu laborieuses; la contracture du sphincter n'est peut-être pas un élément négligeable, non pour les raisons données par Duret, mais parce qu'en faisant obstacle au bol fécal elle expose la muqueuse à la blessure, elle aggrave la constipation déjà existante.

Avec cette interprétation s'explique aisément l'importance de causes en apparence contradictoires, telles que la constipation, la diarrhée, les écoulements, le défaut de propreté, l'irritation par des helminthes, l'abus des purgatifs, etc., les inflammations d'organes voisins, etc., le cancer du rectum, etc.

En résumé, sans vouloir être exclusifs, nous pensons qu'il conviendrait d'envisager désormais la pathogénie des hémorrhoïdes sous un autre point de vue qu'on ne l'a fait jusqu'ici (1).

La phlébite est primitive, le résultat possible de causes diverses, le résultat ordinaire de petites inoculations rectales (2).

(1) QUÉNU. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, février 1892. A cette séance, Delbet a cité un exemple d'hémorrhoïdes qu'il aurait vues se développer sous ses yeux à côté d'une plaie de l'anus.

(2) Le début par l'endoveine, l'envahissement souvent primitif des petites veinules et des capillaires vrais, les signes d'irritation constatés de bonne heure dans les parties les plus superficielles du chorion muqueux, tous ces faits se réunissent à l'appui d'une thèse qui voit dans une

Symptômes. — La division des hémorrhoïdes en externes et en internes est de toute nécessité dès qu'on arrive à leur étude clinique.

HÉMORRHOIDES EXTERNES. — En dehors des périodes fluxionnaires, les symptômes fonctionnels des hémorrhoïdes externes sont à peu près négatifs, tout se borne à quelques démangeaisons (1) ou à quelques cuissons passagères. Lorsqu'on examine l'anus, on le trouve entouré de quelques replis cutanés, ridés et indolores, qui ont le plus souvent passé inaperçus du malade; lorsque celui-ci fait un effort comme pour pousser, la muqueuse apparaît soulevée çà et là par quelques bosselures bleuâtres et molles : elle est elle-même plus vasculaire, quelquefois saignante au moindre contact ou pendant la défécation.

La scène change dans les périodes de crises. A la suite d'une constipation plus opiniâtre ou d'excès quelconques, les tumeurs hémorrhoïdales deviennent turgescentes et douloureuses. Ce sont des battements, des sensations de corps étranger, de faux besoins. Puis s'éveille le spasme du sphincter qui vient aggraver les souffrances et fait redouter la défécation.

Souvent quelques troubles digestifs, un état saburral, un peu de fièvre compliquent cet état local.

Au pourtour de l'anus on découvre une ou plusieurs petites tumeurs, du volume d'un gros pois ou d'une noisette, livides, tendues, qu'on ne peut vider de leur contenu, excessivement sensibles; s'il existe en même temps des marisques, celles-ci se gonflent, deviennent œdématiées et luisantes.

Au bout de quelques jours, six à huit le plus souvent, la tuméfaction diminue peu à peu, les symptômes locaux s'amendent, et tout rentre dans l'ordre. La terminaison, au lieu de se faire par simple résolution, peut avoir lieu par rupture et évacuation des caillots (2), ou encore par de petites suppurations localisées (3) qui laissent derrière elles une ulcération ou une fistule.

irritation morbide exercée à la surface des petits vaisseaux la cause première des hémorrhoïdes.

(1) Ce symptôme peut être assez prononcé pour constituer un véritable tourment pour le malade et le pousser à venir demander des soins.

(2) GOSSELIN. *Loc. cit.*

(3) Cette terminaison est avec raison considérée comme commune par Ball, contrairement à Gosselin, Duplay, etc.

Tel est le tableau clinique d'une crise fluxionnaire, c'est-à-dire, en somme, d'une poussée de phlébite variqueuse.

Les accidents provoqués par ces petites phlébites locales n'ont pas toujours cette acuité; parfois, tout se réduit à une sensation de gêne, surtout dans la station assise, ou dans la marche, et à un peu de malaise : la tumeur hémorrhoïdaire est plus saillante, peu douloureuse au toucher, non dépressible, ou laissant vider par la pression une partie de son contenu (1).

Nous avons rapporté plus haut (2) une observation répondant à ce type de phlébite hémorrhoïdale atténuée.

La répétition des poussées inflammatoires modifie profondément l'aspect des hémorrhoïdes externes : quelques-unes s'indurent, forment comme de petits condylomes aptes à s'excorier et, dans quelques cas rares, signalés par Bodenhamer, s'incrustent de sels calcaires ; ces hémorrhoïdes externes, indurées et transformées, sont les seules qui puissent prêter à confusion, car on pourrait, si on n'était averti de leur évolution, les prendre pour des condylomes, des végétations, ou encore pour de petites tumeurs épithéliales.

HÉMORRHOÏDES INTERNES. — Après avoir existé, pour ainsi dire, à l'état latent, pendant une période plus ou moins longue, les hémorrhoïdes internes révèlent peu à peu leur présence par quelques sensations anormales, telles que de la pesanteur à la région anale, de la gêne dans la station assise, un peu de douleur dans la défécation, mais surtout par un écoulement de sang. L'hémorrhagie est le premier symptôme important, à tel point qu'il a servi à caractériser la maladie : il vaut la peine d'être étudié dans ses moindres détails.

Dans la plupart des cas, la perte n'a lieu qu'au moment de la défécation ; chaque expulsion est suivie de l'écoulement d'une ou deux cuillerées de sang rutilant qui arrose la surface des matières sans être mélangé avec elles, et tache le papier qui a servi aux toilettes. Ce même phénomène se reproduit pendant une période plus ou moins longue, puis il cesse d'exister ; on observe ainsi des hémorrhoïdaires qui perdent pendant

(1) ALLINGHAM. *Loc. cit.*
(2) Page 358.

trois ou quatre mois, à deux ou trois reprises différentes, dans l'espace de quelques années. Chez d'autres, les hémorrhagies sont plus persistantes, elles deviennent quotidiennes et apparaissent même en dehors des évacuations (1).

La quantité de sang perdue à chaque fois est très variable : ce n'est que quelques gouttes chez les uns ; chez les autres, la perte se chiffre par quelques dix grammes, et on conçoit que la répétition incessante de ces déperditions ne permette pas de les considérer comme négligeables. Bodenhamer a réuni un certain nombre de cas, mettant bien en lumière l'importance de ces hémorrhagies (2).

Nous avons tous, en mémoire, au moins un exemple analogue. Nous avons observé un adulte d'une trentaine d'années, que des hémorrhagies minimes mais journalières avaient amené à un tel état de faiblesse, qu'il était incapable d'aucun travail, et qu'il offrait toutes les apparences de la cachexie cancéreuse. Chez un autre malade d'une cinquantaine d'années, la numération des globules fut pratiquée : le nombre des hématies était tombé à 600,000 par millimètre cube (3).

On a cherché à préciser la source de ces saignements. D'aucuns les ont considérés comme d'origine artérielle, à cause de la coloration vermeille du sang, mais qui ne sait que le sang veineux s'artérialise au contact de l'air? Or, suivant la remarque de Ball, les matières ont toujours été exposées à l'air pendant un certain temps avant qu'on en fasse l'inspection ; si l'hémorrhagie se produit pendant qu'on pratique l'examen d'un bourrelet hémorrhoïdal, l'issue par jet ne devra pas nécessairement faire conclure à sa nature artérielle : la pression des muscles abdominaux est suffisante pour communiquer une grande tension au filet de sang qui s'échappe d'une petite ouverture veineuse (4). Bien plus, ce même jet peut

(1) Ch. Ball. *Loc. cit.*

(2) Dupuytren rapporte dans ses cliniques que Copernic et Arius auraient succombé à une hémorrhagie suite d'une rupture d'hémorrhoïdes. Les anciens, Bordeu, Ch. Bell, etc., relatent des faits d'écoulements qui se sont également terminés par la mort.

(3) Les hémorrhagies ont été observées au cours de la grossesse. D'après Fromentin Dupeux (*Des hémorrhoïdes pendant la grossesse*, Th. de Paris, 1841, n° 220), P. Dubois aurait observé une femme enceinte qui mourut d'hémorrhagie après avoir fait des efforts pour aller à la selle. Cazin eut quelque difficulté à arrêter une hémorrhagie anale qui s'était produite dans des conditions analogues. Cazin. *Loc. cit.*

(4) Cripps. *Loc. cit.*

s' observer dans une hémorrhagie capillaire, par suite de la transformation caverneuse de la muqueuse ano-rectale.

La cause occasionnelle des hémorrhagies n'est pas toujours identique, celles-ci se produisent dans trois conditions différentes : Sous l'influence d'un effort, la pression du sang veineux dans les ampoules peut devenir telle qu'elle les fasse éclater, le sang s'infiltre alors dans la sous-muqueuse et dans la muqueuse, puis rompt cette dernière barrière et s'échappe au dehors. La réalité de ce mécanisme est démontrée par les analyses histologiques et par la clinique : Nous savons, en effet, que les infiltrations sanguines sont fréquentes autour des hémorrhoïdes; d'autre part, Cripps rapporte l'observation de deux malades qui saignaient en allant à la garde-robe et chez lesquels, en enlevant un petit caillot, il aperçut le petit orifice par où s'échappait le liquide sanguin. Van Buren a relaté des exemples semblables. Nous ne savons si ces cas sont les plus fréquents.

D'autres fois, plus souvent selon nous, la perte provient non d'une poche hémorrhoïdale, mais des petits vaisseaux très superficiels de la muqueuse devenue comme angiomateuse : il suffit, chez certains malades, de pratiquer le moindre attouchement de l'anus avec le doigt ou avec un tampon d'ouate pour voir le sang sourdre en abondance ; il s'agit bien là de véritables hémorrhagies capillaires.

Enfin, dans un troisième ordre de faits qui sont loin d'être rares, ni la rupture des veines, ni celle des capillaires ne doivent être incriminées; l'hémorrhoïde saigne parce qu'elle est ulcérée. Ces ulcérations sont parfois très superficielles, érosives ; parfois elles entament toute la muqueuse et plus encore. Leur histoire sera faite plus loin, il nous suffit d'insister à cette place sur leur fréquence et d'en tirer cette recommandation capitale, que tout hémorrhoïdaire qui saigne doit être directement inspecté avec le spéculum, si le simple examen par déplissement de l'anus n'a d'abord révélé ni perte de substance, ni fissure.

Au bout d'un temps plus ou moins long, et par un mécanisme étudié plus haut, les hémorrhoïdes internes tendent à devenir procidentes : à chaque défécation, le bourrelet, gonflé par l'effort, fait irruption hors de l'anus, puis, l'acte terminé, rentre de lui-même ; chez quelques sujets

ces migrations incessantes pédiculisent une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales isolées, qui simulent ainsi un polype du rectum.

Suivant la très juste remarque de Gosselin, la procidence du bourrelet hémorrhoïdal favorise les hémorrhagies; elle augmente également les sensations désagréables de plénitude et de faux besoins, et apporte chez certains une véritable gêne dans la marche; elle peut devenir une cause de douleurs véritables. C'est qu'en effet le prolapsus expose tout particulièrement la muqueuse à l'action traumatisante du bol fécal, il est

FIG. 127. — Hémorrhoïde interne thrombosée et procidente par éversion de la partie thrombosée.

de la sorte susceptible de prendre une certaine part au développement des véritables complications des hémorrhoïdes (1). Ces complications, nous les avons déjà énumérées : ce sont la turgescence ou fluxion, l'irréductibilité incomplète ou absolue, et la gangrène. A vrai dire, ce ne sont

(1) Dupuytren décrivait ainsi l'attitude et l'allure des hémorrhoïdaires atteints de procidence : « Les individus atteints de cette maladie marchent avec peine dans les rues; arrêtés à chaque instant par la vivacité des douleurs, on les voit porter les mains à leur derrière, ou s'asseoir sur toutes les bornes, dans le dessein de faire rentrer leurs hémorrhoïdes : quelques-uns s'appuient dans le même but contre les murailles, mais ces moyens ne leur procurent qu'un soulagement momentané, et le retour des douleurs suit bientôt la nouvelle saillie du bourrelet ». DUPUYTREN. *Leçons orales de clin. chirurg.*, t. I, p. 345.

pas là des complications différentes, ce sont des degrés différents d'une même complication : « la phlébite hémorrhoïdaire ».

Fluxion. — La turgescence ou fluxion, favorisée par la procidence, réagit à son tour sur cette dernière et l'accentue ; le bourrelet se montre alors au dehors sous forme d'un cercle de bosselures rouges ou violacées, luisantes, douloureuses, circonscrit par un cercle d'hémorrhoïdes externes, également enflammées.

Réduction difficile. — Au début, la réduction est difficile mais

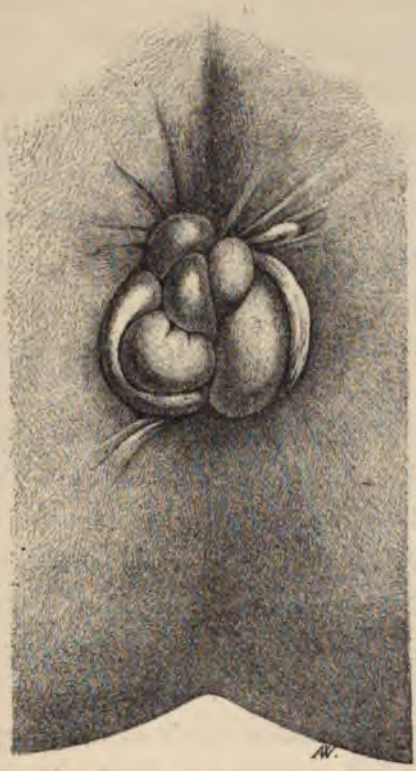


Fig. 128. — Fluxion hémorrhoïdaire (hémorrhoïdes internes procidentes).

possible, et tout peut rentrer dans l'ordre au prix d'un peu de douleur, et parfois d'un écoulement sanguin.

Irréductibilité. — D'autres fois, l'irréductibilité se prolonge, les souffrances locales plus aiguës s'accompagnent de ténesme, de rétention d'urine et de quelques phénomènes généraux, tels qu'un mouvement fébrile, de l'inappétence, etc. Les deux bourrelets concentriques exis-

tent toujours, mais modifiés dans leur aspect et leur consistance : la coloration des bosselures internes est devenue brunâtre, elles ne sont plus molles et expressibles, mais dures et tendues ; même changement du côté du cercle d'hémorrhoïdes externes, dont la marge cutanée est gonflée et œdémateuse ; le moindre contact est horriblement douloureux, aussi, les patients en période de crise évitent-ils tout mouvement et toute défécation, ils prennent les attitudes les plus bizarres, « se mettant à genoux, et s'appuyant sur les coudes, de manière à tenir le siège élevé, et à diminuer ainsi la pression que les fesses exercent sur les tumeurs devenues très volumineuses » (1).

GANGRÈNE. ULCÉRATION. — Au bout de quelques jours, des eschares noirâtres se dessinent ; à mesure que leur délimitation s'accuse, les phénomènes inflammatoires s'apaisent, et après une semaine ou un peu plus, il ne reste de cette crise qu'une perte de substance de la muqueuse dont la cicatrisation s'opère plus ou moins lentement, par seconde intention, et une induration plus ou moins longue à disparaître.

La suppuration, la formation d'abcès et de fistules peuvent s'ajouter aux complications précédentes.

Dans certains cas, la destruction partielle d'un paquet hémorrhoïdaire détermine la formation d'une petite tumeur pédiculée intra-anale, pseudo-polypes dont les manifestations nécessiteront, plus tard, des soins spéciaux.

Le nombre des crises chez les hémorrhoïdaires est variable : certains ne peuvent faire d'excès d'aucune sorte sans ressentir une certaine tension douloureuse du côté de l'anus ; chez d'autres, les phénomènes de fluxion s'espacent et se comptent : la terminaison par gangrène partielle ou totale du bourrelet est un mode naturel de guérison passagère ou définitive des hémorrhoïdes internes. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer qu'il ne saurait être indifférent, pour l'intégrité de la muqueuse rectale, d'être ainsi fréquemment soumise à une série de crises phlébitiques. Les altérations ordinaires dues aux hémorrhoïdes en subissent une recrudescence, il s'établit une véritable rectite chronique.

RECTITE HÉMORRHOIDAIRE. — Le catarrhe chronique du rectum consécutif aux hémorrhoïdes s'observe surtout chez les vieillards : il se

(1) GOSSELIN. *Loc. cit.*

traduit par quelques troubles fonctionnels et par un écoulement spécial.

Les troubles fonctionnels accusent surtout l'atonie de l'intestin : les malades sont de plus en plus constipés, ils ne vont plus à la garde-robe qu'au moyen de un ou plusieurs lavements, ils ont de la dyspepsie flatulente, des coliques sèches, des douleurs vagues au fondement et dans le bas des reins; quelques-uns accusent des irradiations dans les hanches et le long de la cuisse : il y a là tout un ensemble symptomatique assez peu précis, mais qui n'a pas échappé à l'attention des cliniciens, qui l'ont parfois désigné sous le nom de *coliques hémorrhoïdales*.

Leube attribue tous ces désordres à la compression du plexus hémorrhoïdal par les hémorrhoïdes; il rappelle que Romberg les a compris sous ce titre : « Hyperœstesia, plexus hypogastrici hæmorrhoidalis » (1). Les recherches modernes sur les phénomènes douloureux de la phlébite (2), en général, nous ont appris que l'explication de ces douleurs névralgiformes doit être cherchée non dans des phénomènes de compression, mais dans la propagation du processus infectieux aux vaisseaux des nerfs.

L'écoulement de la rectite hémorrhoïdale consiste d'abord en une exagération des mucosités normales, puis il s'y joint de la sérosité louche, peu à peu l'écoulement se rapproche du muco-pus, et son abondance peut devenir telle qu'il traverse et empèse la chemise, et coule sur les fesses et les cuisses, y déterminant de l'érythème, des érosions, et obligeant les malades à se garnir. C'est à cet écoulement que Richet avait donné le nom assez pittoresque d'*hémorrhoïdes blanches*.

Le toucher rectal, pratiqué chez ces hémorrhoïdaires fluents, fait reconnaître en général un état de relâchement des sphincters, et parfois une modification dans la consistance des tuniques du rectum, qui deviennent moins souples, acquièrent une certaine induration.

Cette transformation fibreuse peut-elle aller jusqu'à la constitution

(1) QUINCKE (ZIEMSSEN, 6) a également insisté sur les douleurs sacro-lombaires qui accompagnent les hémorrhoïdes. Les malades, dit il, accusent une sorte de lourdeur dans les lombes, des crampes dans les extrémités inférieures, des douleurs le long du sciatique : on peut croire à un début de névralgie sciatique ou à une lésion médullaire.

(2) L'un de nous a le premier attribué à la phlébite intra-nerveuse les phénomènes douloureux de la phlegmatia alba dolens (Voy. QUÉNU, *Traité de chirurgie*, Maladies des veines, t. II).

d'un rétrécissement ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative. Nous avons observé en ville une malade chez laquelle il a été impossible de trouver une autre cause à une coarctation qui n'avait d'ailleurs aucune ressemblance avec celle des rétrécissements dits syphilitiques : ici aucun état granuleux, aucun condylome : la paroi postérieure du rectum était surtout altérée et devenue inextensible, comme fibroïde ; la rectotomie rétablit définitivement la perméabilité, mais ne put supprimer les écoulements glaireux et la suppuration dont l'abondance affaiblit et enleva la malade au bout de quelques années (1).

La rectite hémorrhoïdaire est parfois ulcéreuse, il en résulte des saignements dont l'importance peut être très grande, puisque chez un malade observé par l'un de nous à Bicêtre, une petite ulcération variqueuse du rectum occasionna une hémorrhagie rapidement mortelle (2).

Pronostic. — Le pronostic se dégage assez nettement de l'exposé symptomatique. En l'absence d'hémorrhagies (nous voulons dire d'hémorrhagies répétées) et d'inoculations phlébitiques, les hémorrhoïdes ne constituent qu'une infirmité plus ou moins gênante, suivant le développement des paquets, et suivant l'état social du porteur : elles deviennent une véritable maladie dès que la transformation variqueuse a pris le caractère hémorrhagique ou qu'une infection locale a ouvert la porte aux complications dont l'échelle s'étend depuis la simple coagulation jusqu'à l'irréductibilité, la gangrène et l'ulcération. En outre, l'altération hémorrhoïdaire est un des facteurs étiologiques les plus importants des affections communes du rectum : elle prédispose fortement à la fissure, elle est une cause peu rare d'abcès et de fistules, elle n'est pas sans action dans la détermination du prolapsus de la muqueuse et de la chute du rectum ; elle intervient dans une certaine mesure pour faciliter la rupture du rectum ; il est possible enfin, ainsi que nous en avons émis l'hypothèse, que ses méfaits s'étendent plus loin en dehors de la zone rectale, et que des altérations de la prostate, des plexus utéro-vagina ux,

(1) Il s'agit d'une dame honnête, mère de famille, dont nous avons examiné et interrogé le mari, et chez laquelle il nous a été impossible de soupçonner aucun antécédent vénérien pas de tuberculose, pas de dysenterie, pas de brightisme.

(2) Voyez plus loin, *Ulcérations*.

des veines ischiatiques, etc., soient effets et non causes des hémorrhoïdes. La maladie hémorrhoïdaire ne saurait donc être considérée comme une simple infirmité (1). A plus forte raison avons-nous de plus en plus tendance à nous séparer d'Hippocrate, qui considérait les hémorrhoïdes comme bonnes et utiles pour les mélancoliques et les aliénés, et comme une protection contre la pleurésie et la péripneumonie : la saignée, le séton, les émonctoires, n'ont plus le crédit d'autrefois ; celui des hémorrhoïdes, comme agents thérapeutiques, en a été diminué d'autant (2).

Nous ne croyons plus au danger de supprimer un ulcère qui suppure, un écoulement d'oreilles ou une éruption d'impétigo. La suppression prématurée des règles chez les femmes (3) n'est guère envisagée avec crainte ; pourquoi dès lors accorderions-nous quelque importance et quelque utilité à l'écoulement sanguin et à la turgescence ano-rectale ?

Les idées contraires ne sont-elles pas autre chose qu'un reste d'atavisme, un reliquat éloigné de la vieille doctrine qui éliminait par le flux hémorrhoïdal, les humeurs peccantes, le phlegme et l'atrabile ? C'est là ce que pour la plupart nous pensons, nous autres chirurgiens (4).

Il est possible cependant qu'il y ait lieu de faire une petite part à la théorie hippocratique : sans ajouter foi aux observations qui ont trait à une sorte de menstruation hémorrhoïdale, périodique, chez quelques pléthoriques, n'y a-t-il pas lieu d'accepter que, dans certaines conditions,

(1) De Montègre ne la considérait même pas comme une infirmité : pour lui, devenir hémorrhoïdaire était un événement favorable. « Le flux hémorrhoïdaire est un acte vital auquel ne saurait convenir le nom de maladie, car non seulement il n'empêche ou ne gêne l'exercice d'aucune fonction, mais au contraire, sans causer de douleurs ni d'incommodité notable, il assure en quelque sorte la conservation de la santé. » DE MONTÈGRE : *Des Hémorrhoïdes, ou traité analytique des Affect. hémorr.*, Paris, 1817, v. éd. 1830.

(2) Nous sommes bien de l'avis de Bodenhamer quand il écrit que si, dans une maladie, le médecin n'a pour placement de ses espérances que les hémorrhoïdes de son patient, le cas est désespéré. Voir toute la bibliographie relative à l'influence salutaire des hémorrhoïdes dans BODENHAMER. *New-York med. Rec.*, 1877, t. XII, p. 563.

(3) Par la castration.

(4) Les chirurgiens modernes ont opéré maint et maint hémorrhoïdaires. Quels sont ceux qui ont observé et publié les accidents dont parle Dupuytren dans ses cliniques : des congestions du foie, du cerveau, du poumon, des spasmes, des syncopes, des battements artériels exagérés, etc. ? Ne sont-ce pas là simplement les suites de l'état créé par les hémorrhoïdes plutôt qu'un effet de leur suppression. Et puis, il faut bien admettre qu'un hémorrhoïdaire opéré et guéri, n'est guéri que de ses hémorrhoïdes et n'a pas pour cela contracté une assurance contre les maladies qu'il avait antérieurement ou qu'il devait avoir.

une lésion locale, telle qu'une crise congestive de l'anus, puisse avoir une action favorable sur certains états diathésiques comme la goutte ou l'arthritisme ? Plus d'un médecin le croit et cherche à provoquer cette fluxion curative. Nous nous bornons à citer cette remarque de Ball, que dans la cirrhose du foie, l'hémorrhagie hémorrhoïdale tend à prévenir la formation de l'ascite.

Diagnostic. — Les malades qualifient ordinairement d'hémorrhoïdes toute production anormale qu'ils voient apparaître à l'anus, comme ils leur attribuent volontiers tous les écoulements d'origine ano-rectale et spécialement les écoulements sanguins. Cette notion doit fortement engager le médecin à ne jamais tenir une assertion pour exacte avant d'avoir vu par lui-même, et avant d'avoir pratiqué le toucher rectal. Reconnaître des hémorrhoïdes externes est généralement facile : en dehors de toute poussée inflammatoire, l'anus se montre entouré de replis cutanés que leur disposition circonférentielle régulière, l'absence d'ulcère chancreux et de toute autre manifestation vénérienne différencient des condylomes.

La distinction peut devenir malaisée lorsque l'hémorrhoïde externe s'est indurée et modifiée sous l'influence d'inflammations successives. L'erreur ne tire guère à conséquence s'il s'agit de condylomes; il n'en est pas de même si l'on a affaire à certaines productions épithéliales isolées ou disséminées autour de l'anus. Mais dans ce dernier cas, le toucher permet de reconnaître une tumeur cancéreuse intra-rectale et de considérer l'excroissance anale comme secondaire, comme une sorte de greffe issue du néoplasme sus-jacent.

Le diagnostic des hémorrhoïdes internes est des plus faciles lorsque les varices sont turgescentes ; le bourrelet lisse, souple, élastique qu'elles forment, n'a rien de commun avec les indurations irrégulières des néoplasmes malins. En dehors de toute procidence, les hémorrhoïdes internes peuvent passer inaperçues si l'on n'a soin d'en déterminer la réplétion par quelque manœuvre qui les fasse apparaître en les remplissant de sang. Il faut engager le malade à pousser comme pour aller à la selle : si alors, après un temps suffisant d'efforts, on écarte les bords de l'orifice anal avec le doigt, on aperçoit des bosselures violacées qui

se gonflent de plus en plus, s'abaissent vers l'anus qu'elles franchissent parfois en venant alors constituer un véritable bourrelet extérieur.

On a conseillé, pour accentuer cette procidence, de faire administrer au malade un lavement chaud quelques minutes avant l'examen.

Si cet examen, pour une raison quelconque, a nécessité le chloroforme ou si l'anesthésie a été préalablement obtenue dans le but de guérir une fissure, la dilatation plus que tout autre moyen mettra le bourrelet hémorrhoïdal en pleine évidence.

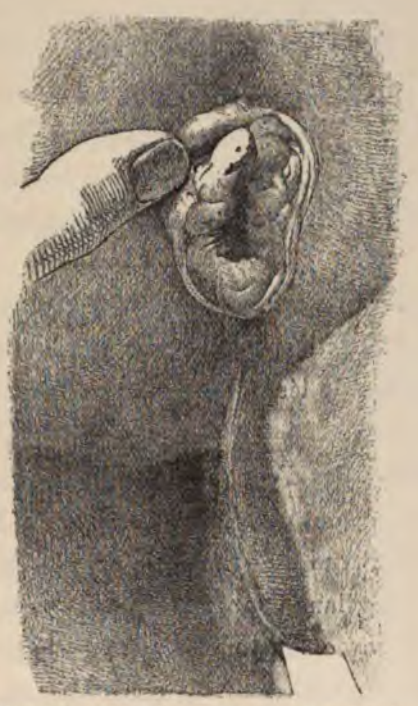


FIG. 129. — Hémorrhoïdes internes rendues turgescentes par l'effort.

Il suffit d'indiquer la confusion d'un bourrelet hémorrhoïdal procident avec le simple prolapsus pour éviter toute erreur.

Rappelons également que certaines tumeurs hémorrhoïdales isolées se pédiculisent et simulent un polype du rectum. Elles n'en ont pas en général la forme régulière : le malade n'est plus jeune, il a un passé hémorrhoïdaire. Malgré tout, il est des cas où l'hésitation est permise. Il ne suffit pas de reconnaître des hémorrhoïdes, on doit s'assurer qu'elles ne dépendent pas d'une lésion d'un organe plus ou moins éloigné

(cœur, foie, utérus, prostate, etc.), ou qu'elles n'accompagnent pas une affection du rectum plus importante, telle qu'un rétrécissement, un cancer, etc. Il faut encore inspecter minutieusement l'état de la muqueuse: existe-t-il ou non une ulcération ? La muqueuse est-elle plus ou moins transformée en tissu caverneux ? Sa surface est-elle lisse ou granuleuse, saignante au moindre contact ? Quel est le taux de la tonicité sphinctérienne ? Voilà autant de points qu'il n'est peut-être pas sans intérêt d'éclaircir au point de vue du choix de la méthode thérapeutique.

Traitement. — Nous savons que l'altération variqueuse des veines ano-rectales est, à partir d'un certain âge, un fait presque général. Elle ne prend que chez un petit nombre un développement capable de nécessiter un traitement chirurgical. C'est à s'opposer à ce développement que doit viser ce qu'on peut appeler le traitement prophylactique des hémorrhoïdes.

Ce traitement pourrait s'intituler « l'hygiène du rectum ». Accomplissement normal de la fonction, préservation contre les agents extérieurs ou intérieurs capables de léser l'intégrité des tuniques intestinales, tel est le but à poursuivre.

Il ne nous appartient pas d'écrire ici un chapitre sur la constipation et sur tous les moyens qui ont été mis en œuvre pour la combattre; autant vaudrait passer en revue l'hygiène de la nutrition tout entière. Le rectum n'est que partie dans l'appareil de la défécation, l'état dynamique des parois abdominales et de tout le systeme musculaire, le bon fonctionnement du tube digestif, etc., le choix des aliments interviennent à titre de facteurs importants.

La seconde indication consiste essentiellement à prévenir toute inoculation ano-rectale, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de phlébectasie notable, c'est là un précepte trop négligé et sur lequel les auteurs anglais attirent avec raison l'attention. Beaucoup ne songent pas, dit plaisamment Allingham, que l'anus a besoin d'être lavé aussi bien que toute autre partie du corps ; une grande régularité dans les fonctions, une minutieuse propreté, voilà en somme en quoi se résume l'hygiène du rectum.

Ces préceptes sont parfaitement applicables aux hémorrhoïdaires :

les lavements (1), les bains, les lotions, sont autant de moyens d'obtenir une asepsie relative.

Banks (2) nous rapporte l'instructive observation d'un malade qui se trouva très bien du traitement suivant que lui-même avait imaginé : Dès qu'il était allé à la garde-robe, il dirigeait de la main gauche le jet d'eau du water-closet sur l'anus maintenu éversé. Il s'essuyait ensuite avec une douce serviette (et non avec du papier) et terminait son opération par un lavage des mains.

On peut se trouver bien, en cas d'érythèmes, de démangeaisons, etc., de l'usage de solutions boriquées en lavements (3), en lotions ou en applications continues.

Nous avouons accorder plus d'importance à ces simples soins de toilette qu'à l'usage de toute une série de médicaments préconisés à diverses époques, tels que l'extrait de capsicum, l'ergotine, l'hamamelis virginica, etc.

Tout récemment, on a appliqué le massage à la cure des hémorrhoïdes : nous n'avons personnellement aucune expérience de ce moyen qui vraisemblablement agit plutôt sur le spasme sphinctérien que sur la lésion veineuse elle-même (4).

Aux divers accidents provoqués par les varices rectales correspondent toute une série de médications spéciales. *Contre les hémorrhagies*, on a préconisé les lavements froids, ou même glacés, les irrigations chaudes à 40 ou 45°, les bains chauds (5), les injections d'eau de Pagliari, et de diverses préparations astringentes, telles que le sulfate de zinc, l'alun, le ratanhia, le tannin, etc., les suppositoires avec du sulfate de fer ou di-

(1) BRODIE, CURLING, KELSEY se sont montrés très partisans des lavements quotidiens d'eau froide.

(2) BANKS. *Liverpool medico-chirurgical Journal*, 1886, cité par BALL.

(3) Les solutions boriquées en lavements alternant avec les solutions faibles de nitrate d'argent nous ont donné de bons résultats dans les rectites des vieux hémorrhoïdaires.

(4) On peut rapprocher de ces pratiques le traitement par une gymnastique spéciale en usage à Bellevue hospital. Cette gymnastique qui donne, paraît-il, des succès, consiste simplement à essayer de toucher ses orteils du bout des doigts sans plier les genoux : c'est un moyen de faire contracter les muscles des parois abdominales et de combattre la constipation. *New-York med. Rec.*, 1877, p. 599. Bellevue hospital notes of practice and peculiarities of treatment.

(5) Bains à 35° et portés progressivement à 45°. LANDOWSKI. *Associat. franç. pour l'avancement des Sciences*, Alger. 1881, p. 807.

verses poudres telles que l'oxyde de zinc, le bismuth, l'iodoforme, etc. Ce ne sont là, comme le tamponnement du rectum, que des moyens palliatifs : les hémorrhoïdes qui saignent sont justiciables d'un traitement chirurgical ; si quelque raison tirée de l'état général s'y opposait, la cautérisation au galvano-cautère des surfaces saignantes nous paraît le traitement le plus recommandable (1).

Contre les accidents inflammatoires, on aura recours aux bains, aux pulvérisations chaudes, aux compresses boriquées chaudes.

Les applications de calomel auraient parfois réussi, celles de glycérine iodo-iodurée auraient donné de beaux succès à Preissmann (2). Bien d'autres pommades ont été mises en usage, à base de morphine, d'atropine, d'antipyrine, de cocaïne, etc. Employés au début, ces divers moyens, aidés d'un taxis méthodiquement et doucement fait, amènent en général la résolution des phénomènes inflammatoires. S'ils sont insuffisants, si l'irréductibilité est absolue, l'intervention chirurgicale qui était de *mise* dans la simple fluxion ou thrombose sans étranglement, devient *de rigueur* : la dilatation trouve ici son indication, si l'on veut se borner à lever l'étranglement, mais il nous paraît préférable de profiter de l'anesthésie chloroformique, pour viser à la cure radicale des tumeurs hémorrhoïdales, et faire suivre la dilatation d'une opération complémentaire.

En résumé, en cas d'*hémorrhoïdes internes*, la répétition et l'importance des hémorrhagies, le continuel prolapsus ou sa production facile pendant la marche, le retour fréquent des crises douloureuses, l'irréductibilité du bourrelet, voilà autant d'indications pour intervenir chirurgicalement.

Les *hémorrhoïdes externes* prêtent moins à l'intervention chirurgicale : des soins de propreté suffisent généralement à prévenir

(1) ALLINGHAM conseille l'usage du sous-sulfate de fer en pommades, ou encore de l'acide phénique en solution forte, surtout dans les cas de petites hémorrhoïdes granuleuses (hémorrhoïdes capillaires de la muqueuse).

(2) PREISSMANN (*Wien. med. Press*, 1891, t. XXXII, p. 868) laisse appliqués sur les hémorrhoïdes de petits tampons imbibés de cette solution pendant trois ou quatre heures ; puis il les renouvelle. Il se sert d'une solution de 0,20 puis de 1 gr. d'iode dans 35 gr. de glycérine. Les malades guériraient en trois semaines.

toute complication ; cependant, la gêne que certaines apportent à la défécation, leur prédisposition aux fissures, aux excoriations, la persistance des démangeaisons, justifieraient un acte opératoire. Survient-il du gonflement, de la douleur, les signes, en un mot, d'une phlébite, il faut, sans hésitation, recourir au traitement chirurgical qui, dans l'espèce, est curatif (1).

Il nous reste à discuter brièvement les contre-indications à l'opération.

Les hémorrhoïdes symptomatiques ne sont pas, en général, justiciables d'un traitement chirurgical. Il est évident qu'en cas de varices occasionnées par un cancer de l'intestin, par une tumeur pelvienne, etc. toute l'attention du médecin se trouve accaparée par la maladie principale.

De même s'il s'agit d'hémorrhoïdes liées à une maladie de la prostate, de la vessie ou de l'utérus, la cure du rectum arrive en seconde ligne ; l'abstention serait à plus forte raison commandée dans les maladies du foie (2), des poumons ou du cœur, jusqu'à une certaine limite cependant, car si un danger résultait ou de l'abondance d'une hémorrhagie ou d'une irréductibilité tenace, nous n'hésiterions pas à aller au plus pressé et à intervenir.

Le même raisonnement s'applique à la grossesse. Nous avons eu sous nos yeux une jeune femme enceinte de trois mois, en pleine crise avec étranglement et sphacèle partiel d'un bourrelet d'hémorrhoïdes internes. La cure radicale de ces dernières apporta immédiatement le calme et le soulagement, sans présenter aucun retentissement fâcheux sur la gestation.

L'indication de l'acte chirurgical reconnue, à quelle méthode, à quel

(1) Nous passons sous silence le classique mais ordinairement inefficace traitement par les sangsues.

(2) M. Verneuil, en France, et Harkin, en Irlande, ont, en pareil cas, conseillé d'agir non sur l'hémorrhoïde mais sur le foie, au moyen de révulsifs (larges vésicatoires sur la région hépatique). Dans un cas d'hémorrhoïdes avec hémorrhagies abondantes, tuméfaction du foie et de la rate, Verneuil fit administrer des douches sur les régions hépatique et splénique ; les hémorrhagies disparurent pendant que l'hypertrophie congestive du foie et de la rate diminuaient. (VERNEUIL, *Progrès médical*, 1875, p. 261, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, avril 1884 ; HARKIN, *The Dublin Journal of medic. sc.*, 1892, t. I, p. 461.)

procédé faut-il de préférence s'adresser ? Les méthodes sont nombreuses, les procédés innombrables.

Parmi les premières, les unes, sans toucher aux hémorrhoïdes, visent à rétablir dans ses conditions normales la circulation veineuse du rectum : telle est la dilatation de l'anus sous toutes ses formes, tel est le massage.

Une *deuxième méthode* supprime les tumeurs variqueuses : dans ce but elle emploie tous les modes connus d'exérèse : la ligature, l'écraseur linéaire, l'anse galvanique, le thermocautère, ou plus simplement le bistouri et les ciseaux ; ou bien elle use du cautère actuel comme agent de destruction et non d'excision, ou encore des caustiques, des pinces écrasantes, etc.

Une *troisième méthode* enfin, recherche non la suppression immédiate des hémorrhoïdes, mais leur rétrogression lente par des agents modificateurs, les uns déposés à la surface, les autres portés au centre même des tumeurs : dans ce cadre rentrent les badigeonnages médicamenteux, les cautérisations superficielles et partielles, l'électrolyse et les injections interstitielles.

Il serait trop long de passer en revue tout cet arsenal thérapeutique ; notre méthode de choix, d'une manière générale, c'est l'excision : c'est elle que nous étudierons en détail, la faisant seulement suivre d'une rapide analyse critique des procédés qui, dans des cas tout spéciaux, peuvent trouver leur application.

1° *Hémorrhoïdes externes non enflammées.* — L'usage de la cocaïne est ici tout indiqué. L'anesthésie obtenue, il est facile d'exciser au bistouri, ou mieux d'un coup de ciseaux, chaque hémorrhoïde externe formant saillie, puis de réunir, après hémostase, les deux lèvres de chaque petite plaie avec des crins ou mieux de la soie fine. Le même procédé est applicable aux marisques.

2° *Hémorrhoïdes externes enflammées.* — La plupart des chirurgiens anglais (1) recommandent l'incision de la petite tumeur thrombosée : après avoir évacué par une douce pression les caillots sanguins, ils

(1) ALLINGHAM, CRIPPS, BALL, etc.

lacent dans la cavité une boulette de coton ou un peu d'iodoforme. Nous e saurions trop recommander ce traitement que nous avons complété n y ajoutant la réunion par première intention. Un de nos malades insi traité fut guéri en trois jours, et put reprendre son travail six jours près l'opération (1).

3° *Hémorrhoïdes internes non enflammées.* — L'excision a été praiquée de tout temps : au commencement de ce siècle, Boyer et Dupuyren s'en sont particulièrement déclarés les partisans. Deux accidents en nt détourné les autres : l'hémorrhagie et l'infection post-opératoire. De es craintes sont nés l'écraseur de Chassaignac et tous les procédés qui mploient le fer rouge et les caustiques.

L'instrument tranchant devait tout naturellement trouver sa réhabiliation dans l'union de la forcipressure et de l'antisepsie : les autres noyens perdent en effet leur raison d'être, du moment que l'hémostase est ıssurée, et que nous ne redoutons plus les complications pyohémiques ; ces nêmes moyens deviennent inférieurs du moment que, même à l'anus, nous ommes en mesure de compter sur la réunion primitive et d'éviter ces leux inconvénients d'inégale importance : le rétrécissement et la longueur le la cicatrisation ; telles sont en peu de mots les raisons qui ont fait ıdopter par la plupart des chirurgiens modernes l'excision au bisouri (2).

Le procédé d'excision actuellement le plus en faveur est celui de Whitehead ; l'un de nous a tenté de l'améliorer et de le simplifier (3). Voici en quoi consiste le procédé du chirurgien de Manchester (4).

Le malade, convenablement préparé, ayant été anesthésié et placé dans a position de la taille, on pratique la dilatation digitale.

La peau est incisée, au moyen de ciseaux, à son union avec la nuqueuse, dans toute la circonférence anale, l'instrument tranchant sui-

(1) L'observation a été présentée par l'un de nous au Congrès de chirurgie, en 1893. Après ncision du sac, celui-ci fut vidé de ses caillots, frotté et lavé au sublimé. Trois points de uture traversant la cavité en affrontèrent parfaitement les surfaces.

(2) Esmarch le recommande et décrit un modus faciendi qui se rapproche de celui de Whitehead.

(3) QUÉNU. *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1893, p. 467.

(4) WHITEHEAD. Three hundred consecutive cases of hæmorrhoids cured by excision. *British med. Journ.*, 1887, t. I, p. 449-451 ; adopté entre autres par WEIR, PENROSE, PILCHER, DELORME, etc.

vant les moindres replis cutanés. Une dissection rapide met à nu le sphincter externe et l'extrémité du sphincter interne : de la sorte, la muqueuse avec les hémorrhoïdes qui s'y rattachent se trouvent séparées de la couche sous-jacente et attirées au dehors. Alors la muqueuse est divisée transversalement au delà des hémorrhoïdes, mais en plusieurs temps, car, à mesure qu'on sectionne, on suture à la soie le bord sectionné de la muqueuse à la peau ; l'hémostase est faite chemin faisant par torsion des vaisseaux (1).

Il importe, pour que la réussite soit complète, que le malade reste constipé pendant plusieurs jours, sinon les fils peuvent s'inoculer, et la réunion manquer partiellement ; cela, d'autant plus que l'affrontement ne se fait pas sans un notable tiraillement du lambeau muqueux, que les fils ont tendance à couper.

Pour assurer la réunion primitive, que Whitehead lui-même avoue n'avoir pas constamment obtenue, nous apportons la modification suivante au manuel opératoire, dont le commencement est identique : une incision faite à l'union de la peau et de la muqueuse circonscrit la demi-circonférence de l'anus, puis la muqueuse est détachée (avec les hémorrhoïdes qui lui adhèrent) des couches sous-jacentes. Cette dissection est poussée assez haut jusqu'au point où la coloration rose de la muqueuse saine tranche avec la couleur violacée de la muqueuse malade ; ici s'arrête la ressemblance avec le procédé de Whitehead. Au lieu d'exciser la muqueuse, nous la conservons, nous bornant à la débarrasser des veines variqueuses qui la doublent : pour cela, l'index de la main gauche étant introduit dans le rectum pour le tendre et l'étaler, on détache à l'aide de petits ciseaux courbes toutes les petites ampoules veineuses qui font relief sur la surface externe cruentée de la muqueuse, on épluche pour ainsi dire cette dernière de façon à n'avoir plus entre les doigts qu'une membrane uniformément mince, dépouillée de toute la couche cellulo-vasculaire.

L'hémostase obtenue, on applique quelques points de suture et on procède de la même manière pour le côté opposé.

(1) Dans ses premières opérations, WHITEHEAD divisait le bourrelet hémorrhoïdaire en quatre segments, par des incisions verticales, et disséquait ensuite chacun d'eux comme précédemment (*British med. Journ.*, 1882, t. I, p. 148).

L'opération achevée, un morceau d'ouate iodoformée est introduit dans l'anus afin d'exercer une légère compression sur les deux demi-lambeaux de la muqueuse et de les appliquer sur les tissus sous-jacents; la réunion est complète dès le sixième ou septième jour. Un de nos malades, très indocile et opposé à toute diète soit anté soit post-opératoire, est allé à la garde-robe le quatrième jour; un autre a présenté un peu de diarrhée, la cicatrisation n'en a pas été moins rapidement obtenue. Et cela est très facile à comprendre : nous avons deux lambeaux demi-cylindriques représentés par les deux moitiés de la muqueuse rectale qui par leur direction et leurs parois ne demandent qu'à s'appliquer et à s'affronter : les fils n'exerçant aucune traction, ne coupent pas les tissus; les lambeaux s'adaptent parfaitement puisqu'il ne s'est agi en somme que d'un simple dédoublement des parois rectales et que les surfaces cruentées ont gardé leurs rapports respectifs. En troisième lieu, enfin, la ligne des sutures n'est pas rétractée vers l'anus, comme dans le procédé anglais, elle est entièrement extra-anale, facile à placer sous la protection des pansements à l'abri des souillures des matières fécales. Nous avons revu des malades opérés depuis neuf mois, la guérison s'était parfaitement maintenue (1).

Il est des cas dans lesquels notre opération ne serait pas applicable : c'est lorsque la muqueuse est trop altérée, lorsqu'elle est recouverte de ces granulations d'un rouge vif, saignant au moindre contact et qui accusent une transformation angiomateuse étendue; nous réserverions l'opération de Whitehead à ces cas et à ceux où la procidence est très accentuée (2).

4° *Hémorrhoïdes internes enflammées non gangrenées.*— Le procédé de Whitehead, en pareil cas, ne donne pas de résultats très satisfaisants.

(1) DELESTANG. *Choix d'un procédé opérat. dans le trait. chir. des hémorrh.* Th. de Paris, 1893-94, n° 97.

(2) Ainsi trop de muqueuse ou muqueuse trop malade, voilà l'indication du Whitehead. Notre procédé s'applique tout particulièrement aux cas où l'altération muqueuse occupe surtout les grosses veines de la couche sous-muqueuse. Reclus a légèrement modifié le procédé de Whitehead en laissant en avant et en arrière de la marge de l'anus un segment de peau et de muqueuse afin d'éviter un rétrécissement cicatriciel. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1892, p. 502.)

Voyez MEESEMÆCKER. *Traitement chirurgical des hémorrhoïdes.* Th. de Paris, 1892-1893, n° 335. — ACHILLE MARTIN. *Contribution à l'étude du traitement des hémorrhoïdes,* 1892-1893, n° 318. — DELORME. *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, Paris, 1892, p. 498.

La muqueuse rectale enflammée, même à distance du bourrelet, se montre plus friable encore que d'habitude : les fils la coupent et les bords de la plaie s'écartent, laissant une surface partiellement ou totalement désunie : nous n'avons eu aucun de ces inconvénients en appliquant notre manuel opératoire.

5° *Hémorrhoïdes internes gangrenées.* — Nous abandonnons l'excision. Il ne saurait être question de réunion primitive. Le foyer opératoire est d'avance par trop infecté. Ici le cautère actuel retrouve ses avantages et ses droits, et c'est, de préférence, au procédé de Richet que nous conseillons de recourir. On en trouvera plus loin la description.

Revue critique des différentes opérations contre les hémorrhoïdes.

Première méthode. — La *dilatation*, qui constitue presqu'à elle seule notre première méthode, vise à rétablir la perméabilité des voies d'échappement, des canaux de sûreté qui, à travers les sphincters, relient les hémorrhoïdales supérieures aux inférieures. Ces voies d'échappement seraient oblitérées par la contracture sphinctérienne. On fait disparaître celle-ci par la dilatation forcée de l'anus, et du même coup cessent les crises douloureuses, la constipation et tous les accidents des hémorrhoïdes : bien plus, on obtiendrait ainsi la guérison de l'affection hémorrhoïdale. La dilatation serait donc une vraie méthode curative. Fontan (1), atteint lui-même d'une fissure hémorrhoïdaire, subit la dilatation. Or, « non seulement les symptômes de la fissure cessèrent, mais avec eux, écrit-il, je vis disparaître aussi les autres complications : constipation, hémorrhagies quotidiennes, turgescence permanente, procidence, réduction lente et difficile, etc. ». Verneuil (2), Panas (3), firent des observations analogues, et il sembla que bientôt la dilatation dût prendre le premier rang dans le traitement chirurgical des hémorrhoïdes.

Depuis, il a bien fallu en rabattre. Reclus (4), sur dix malades at-

(1) Fontan. *Bullet. et mém. de la Soc. chir.*, Paris, 1877, p. 141. Rap. de Th. Anger.

(2) Cristofari. *Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes et en particulier de la dilatation forcée.* Th. de Paris, 1876, n° 164.

(3) F. Monod. *De la dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes.* Th. de Paris, 1877, n° 2469.

(4) Reclus. *Bullet. et mém. de la Soc. chir.*, Paris, 1892, p. 502.

teints de varices anales, en citait quatre ayant subi, plusieurs années auparavant, la dilatation ; il ajoutait le cas d'un professeur à qui cette opération fut pratiquée trois fois en onze années. Nous avons tous observé des faits analogues. La dilatation est une excellente thérapeutique contre les accidents des hémorrhoïdes, elle est impuissante, dans la plupart des cas, contre la maladie elle-même : il faut donc la conserver à titre de médication palliative, elle constitue le premier temps de l'opération plus complexe de l'excision.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que la dilatation forcée de l'anus, mais antérieurement d'autres modes de dilatation avaient été mis en usage.

Au commencement de ce siècle, différents médecins américains (1) et anglais employaient la dilatation du canal anal par des bougies dans le traitement des hémorrhoïdes par Copeland (2). Cette pratique fut plus tard reprise par Quain (3) et par Récamier.

Enfin, un troisième mode de dilatation avait été, antérieurement à la dilatation forcée, préconisé par Récamier (4) : il s'agissait d'un véritable massage de l'anus. En effet, on malaxait par une pression rythmée, au moyen du doigt introduit dans le rectum, le sphincter contracturé, puis peu à peu on glissait dans le rectum les autres doigts de la main, de manière à obtenir une plus large dilatation. Tout récemment, on a tenté de remettre à la mode le massage de l'anus, spécialement chez les enfants atteints d'hémorrhoïdes et de constipation.

DEUXIÈME MÉTHODE. — *Destruction des hémorrhoïdes.* — En tête des divers procédés se place l'excision.

Nous avons décrit les deux procédés que nous considérions comme les procédés de choix ; les anciens chirurgiens ne faisaient naturellement pas de sutures, leur hémostase était assez primitive : Dupuytren excisait aux ciseaux, puis laissait les choses en l'état, conseillant seulement d'appliquer le fer rouge en cas d'hémorrhagies. Or, celles-ci arrivaient

(1) *The med. depository* 2d Hexade, vol. I, p. 339, New-York, 1804, cité par BODENHAMER. *Med. rec.*, New-York, 1882, t. XXI, p. 509. Bodenhamer donne un historique complet de la dilatation.

(2) COPELAND. *Observ. on the principal diseases of the rect. and anus*, London, 1874.

(3) QUAIN. *The diseases of the rectum*, N.-Y., 1855.

(4) RÉCAMIER. Extension, massage et percussion cadencés dans le traitement des contractures musculaires. *Revue médic. franç. et étrang.*, 1838, p. 74 et 781.

dans la moitié des cas : aussi admettait-il que préventivement on usât du cautère actuel.

Pour parer aux deux accidents opératoires assez communs à cette époque, l'hémorrhagie et l'infection purulente, Chassaignac proposa l'écrasement linéaire.

Excision à l'écraseur. — Cette excision pouvait porter sur la totalité du bourrelet, annulairement, ou être partielle : la première ne manqua pas d'occasionner des rétrécissements de l'anus, pire mal que celui qu'on avait voulu combattre : Follin, Richard, Morel-Lavallée en signalèrent des exemples à la Société de chirurgie (1). L'excision partielle évitait bien le rétrécissement, elle ne défendit ni de l'hémorrhagie ni surtout de l'infection purulente. Aujourd'hui, l'écraseur linéaire n'a plus qu'un intérêt purement historique.

Ligature. — Très ancien procédé tour à tour délaissé et repris : préféré par Holmes et Curling, condamné par Gosselin, remis en honneur avec quelques modifications par Salmon, adopté par nombre de chirurgiens anglais et américains, tels qu'Allingham, Bodenhamer, Cripps, etc. (2).

On devine qu'il est plus d'une manière de lier des hémorrhoïdes, la meilleure nous paraît celle de Salmon-Allingham. Après les préparatifs et les préliminaires d'usage, y compris la dilatation digitale des sphincters, on détermine le nombre des paquets à enlever. Chacun d'eux étant saisi avec une pince à pression, on incise avec des ciseaux à l'union de la peau et de la muqueuse et on sépare de la sorte la face externe des hémorrhoïdes des couches sous-jacentes, ne s'arrêtant que lorsqu'on est au niveau d'une muqueuse saine. Cette dissection n'a eu qu'un but, c'est de pédiculiser l'hémorrhoïde qu'on veut lier. La ligature est faite à la soie, serrée étroitement, puis les hémorrhoïdes ainsi traitées sont rentrées dans le rectum. On a pris soin de commencer par les paquets postérieurs, afin de ne pas être gêné par le sang. Il est exceptionnel qu'on ait plus de quatre à cinq ligatures à pratiquer.

Allingham estime à six ou sept jours le temps nécessaire à la chute

(1) *Bullet. de la Soc. de chir.*, Paris, 1859, p. 383, 286, 294, 303.

(2) BODENHAMER. The ligation of hæmorrhoidal tumors. *The med. Rec.*, N. Y., 1880, t. XVIII, p. 147.

des ligatures, et à une quinzaine de jours la durée de la cicatrisation. Plusieurs de ses malades sont allés se promener à la fin de la première semaine.

Quelques modifications utiles ont été apportées à ce manuel opératoire : à l'exemple de Kiriac, de Ball, etc., on peut exciser après ligature.

En outre, il y a tout profit à suturer la muqueuse à la peau de chaque côté du petit moignon qui rappelle ainsi le « pédicule dehors » de l'hystérectomie abdominale. Ce modus faciendi, que nous avons adopté, est une sorte de combinaison de la ligature et du procédé de Whitehead.

Nous nous bornons à signaler l'excision des hémorrhoïdes avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère, l'ablation du bourrelet après le placement préalable d'un clamp (1), etc.

Le mélange des procédés et des méthodes peut varier pour ainsi dire à l'infini.

Destruction des hémorrhoïdes par l'écrasement. — Ce procédé

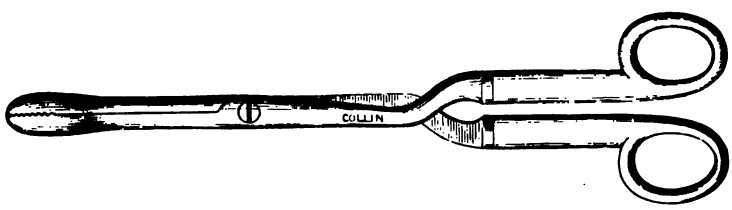


FIG. 130. — Pince-cautère écrasante de Richet.

consiste à saisir les hémorrhoïdes avec une sorte de clamp solide qui pendant quelques minutes exerce sur les tumeurs une sorte de forci-pressure.

Richet associa l'écrasement à la cautérisation en inventant ses pinces-cautères.

Destruction par la cautérisation avec le fer rouge. — Nous avons assisté maintes fois Richet dans ses opérations. Voici en quelques mots

(1) COATES. On an operation for the removal of internal piles. *Brit. med. Jour.*, 1881, p. 350-54, se sert d'un clamp puis passe derrière lui une série de fils ; alors il coupe les hémorrhoïdes, enlève le clamp et serre les fils. — V. également GIBBS. The clamp and cautery operation for hæmorrhoids. *New-York med. Journ.*, 1890, t. I, p. 462. — LEE. *Lancet*, 1874, t. I, p. 541. — SMITH. *Lancet*, 1878, t. I, p. 561, et *ibidem*, 1893, t. I, p. 459. Ces deux derniers auteurs associent le clamp à la cautérisation.

la technique qu'il suivait. Un fil de laiton auquel avait été soudée une aiguille d'acier était d'abord passé à la base de chaque tumeur hémorrhoïdale. Ce fil replié en anse, et tenu de la main gauche, servait à attirer l'hémorrhoïde au dehors. Alors prenant de la main droite les pinces-cautères (1) chauffées à blanc, on saisissait l'hémorrhoïde, qu'on serrait jusqu'à ce qu'il ne restât plus entre les mors de la pince que le fil de laiton et un peu de cendres, reliquat de cette espèce de « volatilisation des hémorrhoïdes » (2).

Destruction par les caustiques. — La cautérisation destructive avec les caustiques n'a jamais eu beaucoup de vogue : les caustiques employés étaient surtout la pâte de Vienne ou la potasse. On peut en rapprocher la ligature caustique d'Amussat qui étreignait le bourrelet procident avec une pince dont les branches creusées de rainures étaient garnies de caustique Filhos (3).

TROISIÈME MÉTHODE (*méthode modificatrice*). — Le but poursuivi est de modifier la nutrition des tumeurs variqueuses, de manière à en obtenir l'atrophie, quel que soit l'agent ou le mode d'emploi de l'agent. On provoque au sein de l'hémorrhoïde une inflammation thrombosante, on imite les cures spontanément effectuées à la suite des petites poussées de phlébite hémorrhoïdaire.

Parmi les applications locales faites à la surface de la muqueuse, les moins mauvaises sont les moins caustiques, telles que celles de glycérine phéniquée, de sous-sulfate de fer, d'ichtyol, etc.; les plus vantées ont été celles d'acide nitrique. Employées d'abord par Cusak, vulgarisées par Houston (4) en 1843, elles ont trouvé beaucoup de crédit auprès des chirurgiens anglais, Fergusson, Lée, Curling; en France, Gosselin s'en est fait le défenseur.

Le mode d'exécution est simple : on badigeonne la surface des hémor-

(1) Semblables à des fers à friser, mais infiniment plus volumineuses. Voyez LANGOT (W.-L.). *Les hémorrhoïdes et leur trait. par la pince-cautère écrasante.* Th. Paris, 1883, n° 442.

(2) Boyer attirait les hémorrhoïdes après les avoir transfixées également avec un fil, puis il les cautérisait à blanc.

(3) JEAN AMUSSAT. *Mém. sur la destruction des hém. int. par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique de potasse et de chaux,* Paris, 1846.

(4) HOUSTON. *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1843, t. LVII., p. 584.

rhoïdes avec un petit pinceau trempé dans l'acide nitrique concentré, après avoir eu soin de protéger les parties voisines, puis on neutralise l'excès d'acide avec un peu de lait de chaux ou une solution de bicarbonate de soude. Au bout de sept à huit jours, on procède à une nouvelle cautérisation; quinze jours après la seconde, on en fait une troisième, puis au besoin une quatrième, etc. Gosselin avoue avoir ainsi pratiqué jusqu'à onze cautérisations en quatre mois. Ce traitement est long, horriblement douloureux, détermine la chute d'eschares, la formation possible de fissures (1); il n'était acceptable qu'à l'époque où la pyohémie régnait en maîtresse; mieux vaudrait recourir à la cautérisation ignée superficielle de Demarquay, ou à la cautérisation interstitielle avec une fine pointe de thermo-cautère, mieux encore avec le galvano-cautère.

Électrolyse. — Ce dernier moyen, et aussi l'électrolyse peuvent rendre quelques services dans des cas tout spéciaux, lorsqu'on a en traitement un malade affaibli et pusillanime à qui répugne une opération radicale, lorsque dans ces conditions, il existe des hémorrhagies dues principalement à la transformation érectile de la muqueuse rectale.

La technique de l'électrolyse serait la même qu'en cas d'angiomes (2).

Injections interstitielles. — Les chirurgiens se sont servis de liquides divers tels que les solutions de sulfate de fer, de chlorure de zinc, de perchlorure de fer (3), de la créosote, de l'extrait d'ergot de seigle, de l'acide tannique, d'éther iodoformé.

En Amérique, le traitement des hémorrhoïdes par des injections de glycérine phéniquée a joui d'une telle réputation qu'il est devenu « le traitement américain » (4). Kelsey (5), qui s'en est fait le défenseur, procède ainsi : Sa solution se compose d'une partie d'acide phénique, de trois parties de glycérine et de trois parties d'eau; il en injecte 5 gouttes dans chaque tumeur, et répète trois ou quatre fois cette opération dans

(1) GOSSELIN. *Loc. cit.*

(2) QUÉNU. *Traité de chirurgie.* Art. Tumeurs, t. I.

(3) COLLES. *Dublin Journ. med. Sc.*, 1874, t. LVII, p. 585.

(4) Les injections d'acide phénique dans les hémorrhoïdes ont été employées pour la première fois en Amérique par un médecin de l'Illinois nommé MITCHELL (ANDREWS. *Rectal and anal surgery*, Chicago, 1892, p. 34). Ce traitement est désigné en Amérique sous le nom de « method of Itinerants ».

(5) KELSEY. *New-York med. Journ.*, 1882, t. XXXVI, p. 131.

l'espace d'un trimestre, temps généralement nécessaire à la guérison. La durée du traitement est longue, il est vrai, mais les malades ne sont pas confinés au lit.

Même en Amérique, le traitement américain n'a pas converti tout le monde (1). Le Dr Andrews (2), de Chicago, a fait une enquête et s'est adressé aux médecins de son pays pour connaître leurs résultats : 300 ont répondu, apportant un total de 3,304 cas avec 13 décès : la gangrène serait commune, l'hémorrhagie rare ainsi que l'embolie.

Cette thérapeutique a rencontré peu de faveur en Angleterre, en France, et nous pouvons dire en Europe. Les documents nous manquent pour la juger en toute impartialité.

En résumé, de cette longue série de moyens de traitement, un petit nombre seulement méritent d'être conservés. On serait mal avisé à en adopter un seul : il est telle circonstance où le procédé habituel, le procédé de choix est sinon inapplicable, du moins contremandé : pour nous, nous conserverions, avec la dilatation qui est comme le prologue obligé de la plupart des opérations sur l'anus, parmi les *procédés de destruction* : l'excision au bistouri, la ligature (4) et la cautérisation au fer rouge ou mieux l'opération de Richet (5) ; parmi les *procédés de modification* : la galvanocaustique et l'électrolyse (6).

(1) MATTHEWS. *Philad. med. Report*, 1884.

(2) ANDREWS. *Loc. cit.*

(3) Elle a été essayée par SPAAK. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1880, t. LXXI, p. 211.

(4) On ne peut s'empêcher d'admirer les résultats d'Allingham, qui a opéré 1,600 malades sans un décès.

(5) Quand il y a impossibilité de désinfecter le champ opératoire par suite des lésions préexistantes (gangrène, etc.).

(6) Nous croyons inutile de faire suivre cette revue, des accidents ou des incidents post-opératoires. L'hémorrhagie, l'infection sont en général plus imputables au chirurgien qu'à la méthode. Il n'en est pas toujours de même pour le rétrécissement de l'anus. (HIRST. Stricture of the rectum following a Whitehead operat. for hæmorrhoids. *Med. News.* Philad., 1894, t. LXIV, p. 349, et KELSEY, *N.-Y. Med. Journ.*, 1891.) Tout procédé circulaire y expose, même l'excision, si la réunion n'est pas parfaite. Ajoutons toutefois que ce défaut de réunion est exceptionnellement total ; en tous cas, si on doutait, il vaudrait mieux adopter la petite modification au procédé de WHITEHEAD, recommandée par RECLUS. *Loc. cit.*

CHAPITRE VIII

ULCÉRATIONS DU RECTUM

Aucune autre muqueuse n'est plus souvent que la muqueuse du rectum le siège d'ulcérations. Le fait n'est pas très difficile à expliquer : pour qu'une plaie se répare, il importe en effet que non seulement des éléments jeunes se produisent en quantité suffisante, mais encore que ces éléments dits embryonnaires, qu'ils soient issus des vaisseaux par diapédèse ou qu'ils naissent de cellules conjonctives, trouvent des conditions favorables à leur vie et à leur développement. Or, nombreuses sont les causes qui dans le milieu ano-rectal s'opposent à leur évolution complète.

En première ligne prennent place l'infection continuelle de la plaie et son défaut d'immobilité.

L'infection a lieu par toutes les variétés de micro-organismes qui pullulent à l'état normal dans le rectum, ou par ceux que des circonstances accidentelles ont introduits dans le tube digestif, tels le bacille de Koch, le gonocoque, etc.

A ce contact incessant de matières septiques, s'ajoutent encore, pour entraver le travail de réparation, la contraction intestinale et surtout le frottement de matières fécales plus ou moins dures, intervenant comme agents de traumatisme aussi bien que d'inoculations. D'autres circonstances favorisent les effets des inoculations : ces circonstances dépendent essentiellement de l'état anatomique et physiologique antérieur des tissus, de l'état trophique local, de l'intégrité des vaisseaux par exemple, ou du bilan général de la nutrition. S'il est vrai que parmi ces dernières données étiologiques, la plupart sont applicables à toute surface tégumentaire, il faut reconnaître que, par la fréquence de ses altérations vasculaires, le rectum tient la première place. On s'explique donc que chez un grand nombre de sujets, toute atteinte portée à l'intégrité du revêtement muqueux de l'anus et du rectum, puisse être l'origine d'un

ulcère, que toute rectite, que toute plaie, aboutissent fréquemment à un processus ulcéreux. En revanche, si la réunion communément observée de causes multiples, explique la grande fréquence des ulcères ano-rectaux, elle rend plus difficile leur classification : devant une pathogénie complexe, il est moins aisé de démêler la part prédominante qui revient à tel ou tel facteur étiologique, d'autant que la cause spécifique, qui a primitivement déterminé la perte de substance, a pu ensuite perdre toute spécificité et ne laisser derrière elle qu'un ulcère banal.

On rencontre dans le rectum : 1° des néoplasmes ulcérés; 2° des ulcérations tuberculeuses; 3° des ulcères syphilitiques; 4° des ulcères de nature vénérienne, non syphilitiques; 5° des ulcérations au cours ou à la suite de quelques entérites, telles que la dysenterie, certaines entérites des pays chauds, etc., attribuables à des agents microbiens spécifiques; 6° des ulcérations dues à l'action de certains substances toxiques; 7° enfin, toute une classe d'ulcères qu'on pourrait qualifier de *simples*, s'il est entendu par là qu'aucune substance spéciale, aucun agent microbien autre que ceux qui banalement habitent l'intestin, n'est rendu responsable de leur développement.

Tableau des ulcérations rectales.

1° *Néoplasmes ulcérés.*

2° *U. spécifiques.....*
- U. toxiques ... — U. brightiques. / U. par le sublimé.
- U. syphilitiques.
- U. par agents microbiens étrangers normalement au rectum. — U. vénériens..... (Chancre mou. / Blennorrhagie.) / U. de la fièvre typhoïde. / U. tuberculeuses. / U. dysentériques. / U. de certains entérites coloniales.

3° *U. simples*, c'est-à-dire déterminées ou entretenues par les microorganismes habitant normalement le rectum.
- U. par dystrophie générale. — U. des cachectiques. / U. des vieillards.
- U. par dystrophie locale. — U. variqueuses.
- U. traumatiques. — Fissure à l'anus, plaies ulcéreuses de l'anus.
- U. liées à l'entérite rectale vulgaire. — U. par corps étrangers. Entérites folliculaires, etc.

L'étude des *ulcérations néoplasiques* ne peut être séparée de celle des tumeurs.

Ulcères spécifiques.

Les *ulcères tuberculeux* et *syphilitiques* ont été précédemment décrits à propos de la tuberculose et de la syphilis du rectum.

Les *ulcérations vénériennes* se réduisent, par suite, à celles qui compliquent la rectite blennorrhagique et aux chancres mous de l'anus.

1° Ulcérations blennorrhagiques. — Les ulcérations de la gonorrhée rectale consistent en de simples excoriations ou fissures, occupant les plis rayonnés de l'anus, et constituant, en somme, une variété de fissure anale; le rectum lui-même peut être le siège d'ulcérations, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

Obs. LXX. — R..., âgé de 38 ans, entré le 24 janvier, n° 11, salle Cochin, à l'hôpital Cochin. Homme d'une constitution robuste, n'ayant eu pour toute maladie antérieure qu'un chancre induré de la verge à l'âge de 22 ans, suivi de plaques muqueuses à l'anus. Soigné à l'hôpital du Midi, il y prit, paraît-il, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Deux blennorrhagies, l'une douze et l'autre treize ans auparavant. R... entre actuellement à l'hôpital pour des douleurs rectales et des écoulements de muco-pus par l'anus. Voici ce qu'il raconte : Le 26 mai 1894, étant en état d'ivresse, il se rappelle avoir été emmené par deux individus dont l'un eut des rapports contre nature (a posteriori) avec lui; il apprit le lendemain que cet individu avait la chaudepisse; huit à dix jours après il commença à éprouver des envies fréquentes d'aller à la garde-robe deux, trois et quatre fois par heure, et à perdre une matière qu'il compare à de la gomme : ses matières fécales étaient recouvertes de muco-pus; bientôt l'écoulement fut plus abondant, jaunâtre, strié de sang; les régions péri-anale et interfessière s'enflammèrent, devinrent rouges, douloureuses et le siège de démangeaisons insupportables. A partir du mois de septembre seulement le ténesme commença à diminuer; les écoulements anaux persistent.

Examen. — Aucun écoulement par la verge. Pigmentation accusée de la rainure interfessière, rappelant celle qu'on observe chez les leucorrhéiques. A la partie postérieure de l'anus, petit condylome.

Le toucher rectal est très douloureux. Le sphincter, loin d'être relâché, est contracturé; la pression est très douloureuse sur la face postérieure du rectum, juste au-dessus du bord supérieur des sphincters; la muqueuse rectale paraît normale au toucher, sauf en ce point spécial où elle semble entamée.

Le 28 janvier le malade est anesthésié afin de rendre possible un examen complet et direct du rectum.

Après la dilatation, il s'écoule un peu de pus. La muqueuse rectale est rouge, un peu tomenteuse sur la face postérieure de l'intestin : sur cette face on remarque une ulcération superficielle saignant facilement, à fond rouge et vasculaire. Pas d'hémorrhoïdes.

Nulle part le doigt n'a la sensation de la rigidité et de l'état granuleux que donne le syphilome rectal même localisé et à son début. Nous admettons par suite que notre malade a contracté une blennorrhagie ano-rectale qui a laissé derrière elle une ulcération limitée à la région sus-sphinctérienne.

Nous nous bornons à rappeler ici, que Pœlchen attribue certains ulcères, origines de quelques rétrécissements, à l'extension à la cloison recto-vaginale et au rectum, d'une inflammation des glandes de Bartholin.

2° Chancres mous. — Les chancres mous de l'anus ne sont pas exceptionnels, au moins chez la femme. Si en effet Fournier (1) ne rencontre qu'un seul chancre de l'anus sur 445 cas observés chez l'homme, Debauge (2) sur 206 cas observés, chez la femme en note 23; la proportion est bien plus forte encore dans une statistique que M. Jullien a bien voulu nous communiquer : elle s'élève, en effet, à 14 sur un total de 42 cas.

Ces chancres sont, la plupart du temps chez la femme, le résultat d'une inoculation produite par un écoulement issu d'un chancre similaire du vagin ou de la vulve; plus rarement, ils succèdent à un contact des organes génitaux de l'homme. Le siège du chancre mou est d'ordinaire anal ou péri-anal, rarement il dépasse la ligne ano-rectale, la muqueuse à épithélium cylindrique paraissant impropre (3), voire même réfractaire à son développement. Cependant, la localisation rectale est admise par nombre d'auteurs, tels que Mollière, Tuttle (4), etc.

Péri-anal, le chancre occupe tantôt la rainure interfessière, tantôt le périnée : il affecte la forme d'érosions peu extensives, multiples, peu douloureuses et superficielles. A *l'anus*, il devient fissuraire, et sa confusion avec une fissure simple serait facile, n'étaient la plus grande abondance de l'écoulement purulent, l'aspect des bords nettement taillés à pic et surtout l'inoculabilité. Il provoque, comme toute fissure, des douleurs excessivement vives avec contraction spasmodique du sphincter se prolongeant plus ou moins longtemps après la défécation (5).

(1) Fournier. *Nouveau Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VII, p. 72.
(2) Cité par Fournier. *Loc. cit.*
(3) Péan et Malassez. *Étude clinique sur les ulcérations anales*, Paris, 1871.
(4) Tuttle. In *A system of genito-urinary diseases, Syphiligr. and Dermat.*, N.-Y., 1893, t. II, p. 893.
(5) Fournier cependant en a rencontré d'indolents.

En voici un exemple des plus caractéristiques mais compliqué de syphilis et de blennorrhagie.

Obs. LXXI. — B. J..., âgée de 18 ans, entre le 9 février 1891, salle Boyer, n° 17, à l'hôpital Cochin. Elle a été prise, le 13 janvier dernier, de démangeaisons dans la région anale et de douleurs en allant à la selle; elle fut alors soignée à l'hôpital Saint-Louis pour une blennnorrhagie et une fissure anale.

Actuellement, on observe deux ulcérations assez larges occupant toute la partie postérieure et les parties latérales de l'orifice anal : les bords de ces ulcérations sont dépourvus de toute induration, découpés à l'emporte-pièce et taillés à pic; le fond est rouge et recouvert d'une pulpe grisâtre ; quelques petites végétations sont disséminées autour de l'ulcération, qui ne se prolonge que très peu à l'intérieur du sphincter. Le moindre contact est extrêmement douloureux, la défécation provoque de véritables paroxysmes qui se calment pour reparaître un peu après.

La suppuration est abondante. Le vagin est rouge, enflammé; les petites lèvres sont couvertes d'ulcérations présentant comme celles de l'anus tous les caractères du chancre mou; les ganglions de l'aine sont engorgés et douloureux. Aucun trouble de l'état général.

Le 10 février, les ulcères sont touchés au thermocautère, après anesthésie chloroformique, et pansés à l'iodoforme. La suppuration disparaît. Constipation opiniâtre.

Le 15 février, apparaissent sur le ventre et le thorax quelques taches rosées sans saillie, indolentes, accompagnées de céphalalgie occipitale. Cette éruption a tous les caractères d'une syphilide secondaire; l'ulcération anale se rétrécit et commence à se cicatriser. La malade a été revue un an après ; le rectum et l'anus n'offraient aucune trace de l'ulcération, ni aucune sténose.

Tuttle insiste sur la lenteur de l'évolution des chancres mous, leur tendance à la chronicité, au cours de laquelle d'ailleurs ils perdent souvent leur virulence. Dans quelques cas ils s'étendent circulairement, sèment d'ulcérations chaque pli rayonné de l'anus dont l'aspect rappelle alors la couronne chancrelleuse du prépuce. Ailleurs, l'extension se fait en hauteur, et pourrait gagner la muqueuse rectale. Parfois enfin, ces chancres se compliquent de phagédénisme.

Le phagédénisme rectal se montre sous les formes aiguë et chronique. Dans la première, des lésions destructives, rapides, se manifestent par les signes locaux et généraux d'une inflammation aiguë ; dans la seconde, la progression est lente, l'ulcère se cicatrice en un point pendant qu'un autre point est envahi ; l'ulcération peu profonde dépasse cependant les limites de la muqueuse et s'attaque parfois aux tuniques musculaires.

On conçoit que ces ulcérations phagédéniques soient suivies d'atrésie

intestinale, c'est en généralisant ces faits que Desprès (1) avait essayé de donner une pathogénie du rétrécissement rectal, pathogénie acceptée depuis par Erskine Mason (2), Bridge (3), Van Buren (4), etc., acceptable du moins pour un certain nombre de cas particuliers.

3° Ulcérations des entérites spécifiques. — Les ulcérations du cinquième groupe, c'est-à-dire celles qui accompagnent les entérites spécifiques, sont notées dans la fièvre typhoïde (5); elles appartiennent surtout à la dysenterie et aux entérites coloniales.

La *dysenterie* n'est jusqu'ici, d'une façon incontestable, caractérisée que par ses lésions, c'est-à-dire la formation d'eschares, puis d'ulcères dans le gros intestin. Il nous manque sur son étiologie une donnée absolument certaine; les uns en effet, comme les médecins de marine (Normand) qui l'ont étudiée en Cochinchine, l'attribuent à des animalcules analogues à la filaire du sang de Wucherer et ne mesurant pas moins de un millimètre de long; d'autres (Lœsch) à des amibes de 12 à 30 μ absorbés avec l'eau; d'autres enfin (Chantemesse et Widal) (6) à des bactéries spéciales de 4 à 5 μ de long. Il n'est même pas sûr que la dysenterie soit une entité morbide : Laveran (7) établit une différence de nature entre la dysenterie épidémique et la sporadique. Celle-ci ne serait peut-être que le résultat de l'activité et de la virulence anormales d'espèces bactériennes contenues dans le tube digestif, habituellement inoffensives et contre lesquelles la paroi intestinale serait protégée par différentes conditions, en particulier par la valeur microbicide de sa sécrétion

(1) Desprès. Des chancres phagédéniques du rectum. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1868, t. I, p. 257.

(2) E. Mason. Venereal stricture of the rectum. *American Journ. of med. Sc.*, Phil., 1873, t. I, p. 22.

(3) Bridge. A case of chancroïdal ulceration and stricture of the rectum treated by lumbo-colotomy. *Arch. of Dermat.*, N. Y., 1876, p. 122.

(4) Van Buren. Ulcer. of the rectum. *Arch. of Med.*, N. Y., 1879, vol. II, p. 231.

(5) Lefebvre. (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, p. 495.) Chez une femme morte de fièvre typhoïde, on constata en plusieurs points du gros intestin, une confluence particulière des ulcérations typhiques depuis le cæcum jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'anus.

(6) Chantemesse et Widal. Le microbe de la diphtérie endémique. *Gaz. médic.* de Paris, 1888, p. 185-87, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888, t. XIX, p. 522.

(7) Laveran. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893. — Consulter encore Bertrand et Baucher, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1894, p. 176.

muqueuse. Cette opinion est partagée par un certain nombre de médecins, pour lesquels il est des dysenteries spécifiques et d'autres non spécifiques. D'autres, au contraire, acceptent encore l'unité de la dysenterie (1).

On comprend par ce bref exposé qu'il nous soit difficile de donner une description nette des ulcérations dysentériques. Nous sommes obligés jusqu'à nouvel ordre de nous borner à décrire les ulcérations qu'on a constatées dans le rectum, au cours et à la suite « d'affections dites dysentériques ». Dans ces affections, le gros intestin est exclusivement atteint par le processus ulcéreux, et le rectum un siège de prédilection des altérations (2).

Les ulcérations dysentériques sont parfois petites, analogues à des aphtes, comparées encore à des chancres mous avec leur forme arrondie et leurs bords taillés à pic; ailleurs, elles atteignent les dimensions d'une pièce de 50 centimes, ou plus encore, quand elles résultent de la confluence de plusieurs petites pertes de substance. Elles sont la conséquence d'une élimination d'une eschare sèche intéressant plus ou moins profondément la muqueuse, ou même d'une gangrène rapidement étendue à la totalité d'un segment intestinal. Le phénomène essentiel est donc une nécrose sèche (3) de la muqueuse intestinale et d'une partie de la sous-muqueuse, l'ulcération, une phase de l'évolution qui peut être curative si la cicatrisation est au bout. Les cicatrices sont de forme variable, souvent ardoisées, analogues à des cicatrices de brûlure (4).

C'est lorsque la réparation manque qu'est constitué le véritable ulcère dysentérique du rectum. Cette terminaison est-elle fréquente, voilà ce qu'il n'est pas aisé d'établir : d'une part, en effet, la tuberculose avec ses localisations intestinales peut venir compliquer la dysenterie; d'autre part, il arrive souvent que le malade donne le nom de dysenterie à un

(1) Voyez CALMETTES. *Arch. de méd. nav. et coloniale*, Paris, oct. 1893, t. LX, p. 207.

(2) Voyez en particulier les autopsies relatées dans le mémoire de CATTELOUP. *Arch. de méd., chir. et pharm. milit.*, 1851, 2e série, t. VII; dans HASPEL, *Traité des maladies de l'Algérie*, 1852, p. 1; dans BÉRENGER-FÉRAUD, *Traité des maladies des Européens aux Antilles*, 1881, t. II, p. 1.

(3) KELSCH et KIENER. *Traité des maladies des pays chauds*, Paris, 1889.

(4) BARALLIER. *Dict. de méd. et chir. prat.*, art. : Dysenterie, t. XI, p. 713.

ensemble de symptômes (ténesme, écoulements purulents et sanguins) correspondant non à une dysenterie véritable, mais à une ulcération rectale de nature quelconque.

Ces remarques ne visent, bien entendu, que la fréquence (1) des ulcères dysentériques, et non leur réalité, qui est incontestable, et acceptée par tous les classiques. Annandale (2) cite l'exemple d'un ulcère rectal observé chez un officier : cet ulcère avait un cercle déprimé, des bords durs, une surface non douloureuse au toucher, il occasionnait du ténesme et de la diarrhée depuis trois ans.

Martin de Gimard (3) rapporte l'histoire d'un malade chez lequel apparut une diarrhée chronique plus de deux ans après une attaque de dysenterie contractée au Tonkin; à l'autopsie, on trouva dans le gros intestin les lésions types de la dysenterie : l'S iliaque n'était qu'une vaste ulcération, les lésions rectales étaient larges, profondes, irrégulières; quelques ulcérations étaient cicatrisées.

Les relations d'ulcères chroniques du rectum d'origine dysentérique sont en somme en nombre insuffisant pour permettre d'en tirer une description satisfaisante et complète.

Nous rapprochons des ulcérations post-dysentériques celles qu'on peut voir survenir à la suite de diarrhées coloniales « peut-être spécifiques ». M. le professeur Robert (4), du Val-de-Grâce, en a observé quelques exemples chez des officiers coloniaux. Répétons en terminant que l'ulcération qui survit à l'entérite spécifique peut bien avoir perdu toute spécificité, et n'être plus qu'un ulcère banal soumis aux mêmes alternatives qu'une solution quelconque de continuité du rectum.

4° Ulcérations produites par l'action de substances toxiques. — Parmi les substances toxiques qui déterminent la production d'ulcéra-

(1) La dysenterie doit être une cause rare d'ulcération rectale, sinon la maladie serait plus commune qu'elle n'est dans les pays où la dysenterie est si prédominante. V. Buren. *Archives of med.*, 1879, t. II, p. 231.

(2) Annandale. *Brit. med. Journ.*, 1872, t. II, p. 681.

(3) Martin de Gimard. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1885, p. 547. Voy. aussi Marie, Ulcérations d'origine dysentérique. *Ibidem*, 1893, p. 95. Malheureusement, l'histoire clinique manque.

(4) Communication orale.

tions dans le rectum, nous devons signaler spécialement le carbonate d'ammoniaque et les sels de mercure.

Ulcérations urémiques. — Les ulcérations par l'action du carbonate d'ammoniaque s'observent dans l'urémie (1).

Après Bright, Luton et surtout Treitz (2) ont insisté sur les altérations gastro-intestinales qui dépendent de l'urémie, et que ce dernier auteur attribue, avec de bonnes raisons, à l'action du carbonate d'ammoniaque sur la muqueuse digestive (3).

Ces lésions s'étendent à toute la muqueuse gastro-intestinale, y compris la muqueuse rectale. Elles se manifestent sous forme d'ulcères profonds atteignant parfois la musculaire, à grand axe longitudinal, d'aspect furonculeux, résultant de l'élimination d'une eschare. Autour d'eux la muqueuse est rouge, tandis qu'à distance elle est pâle et comme lavée. Ces altérations sont susceptibles de guérison et laissent derrière elles une cicatrice ardoisée.

Ulcérations par les sels de mercure. — L'usage répandu du sublimé soit dans les salles de chirurgie, soit dans les services d'accouchement, a permis d'observer un certain nombre de ces altérations. Il est remarquable, en effet, que le gros intestin soit le siège préféré des lésions ; l'intestin grêle est tantôt indemne, tantôt partiellement atteint à sa terminaison dans le cæcum. Le rectum est presque toujours altéré : tantôt les lésions se bornent à une congestion avec œdème de la muqueuse et exfoliation de l'épithélium, tantôt il se produit une véritable nécrose de portions de muqueuse après infiltration préalable par une sorte d'exsudat diphtéroïde. L'élimination des parties nécrosées amène la formation d'ulcères arrondis, recouverts de croûtes jaunâtres, de dimensions différentes, pouvant atteindre 8 centim. de diamètre et plus (4).

Ces altérations intestinales ont été expérimentalement reproduites par

(1) On sait que Cl. Bernard a noté chez les animaux des altérations de la muqueuse intestinale à la suite de la ligature des uretères.

(2) TREITZ. Ueber urämische Darmaffectionnen, *Vierteljschr. f. prakt. Heilk.* Prag. 1859, t. LXIV, p. 143-198. — LUTON. *Des séries morbides.* Th. de Paris, 1859, n° 38. — MERKLEN. Art. Urémie, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e sér., t. I, p. 111.

(3) Le point de départ serait dans les follicules clos.

(4) Nous empruntons ces détails à FRAENKEL, 1885. Ueber toxische Enteritis um Gefolge der Sublimatlösung Behandlung. *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1885, vol. 99, p. 276.

Prevost (1), Maier (2), Kauffmann (3), Charrin et Roger (4), Pilliet (5), Butte (6), elles se sont montrées avec les mêmes caractères d'entérite dysentériforme absolument comme dans les cas observés en clinique. Maier a montré par ses examens anatomiques que le rôle capital dans la production des ulcérations revient aux vaisseaux : les petits vaisseaux se dilatent au point de former parfois des dilatations anévrysmales ; des globules rouges et blancs sortent par diapédèse des capillaires et constituent des foyers hémorrhagiques. En même temps des thrombus oblitèrent la lumière des vaisseaux et amènent la nécrose des divers éléments de la muqueuse. Les cellules épithéliales, les glandes de Lieberkühn s'atrophient ou subissent la dégénérescence graisseuse (7), les boyaux épithéliaux nécrosés s'éliminent et il ne reste plus que le stroma conjonctif des glandes.

Cliniquement, l'entérite mercurielle se révèle par de la diarrhée, des douleurs abdominales et du ténesme (8). La diarrhée est généralement profuse, s'accompagne d'une sensation de brûlure au niveau du rectum et de l'anus (9). Les matières sont grisâtres, fétides, souvent sanguinolentes, et renferment des débris de muqueuse.

Il est actuellement difficile de savoir si lorsque le malade guérit ces ulcérations sont susceptibles d'occasionner une atrésie de l'intestin.

Ulcères simples.

Nous sommes convenus de désigner sous ce titre les ulcérations dont l'origine et la persistance sont indépendantes de tout agent

(1) PREVOST. Étude expérim. relative à l'intoxic. par le mercure. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1882, p. 553.

(2) MAIER. Experim. Stud. ueber Bleivergiftung. *Arch. für path. Anat.*, 1882, n° 90, p. 455.

(3) KAUFFMANN. Neuer Beit. z. Sublimatintoxic. *Arch. f. path. Anat.*, 1889, t. CXVII, p. 227-47.

(4) CHARRIN et ROGER. *Soc. de biol.*, Paris, 1886, p. 359.

(5) PILLIET et CATHELINEAU. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 590.

(6) DOLÉRIS et BUTTE. *Soc. de biol.*, 1886, p. 82, et BUTTE, *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886, p. 181.

(7) MAIER. *Loc. cit.*

(8) Sans préjudice, bien entendu, des signes qu'on peut observer du côté des reins, de la bouche, des téguments, etc.

(9) TARNIER. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, Paris, 1894, p. 218.

microbien ou chimique, étranger au conduit ano-rectal. Ces ulcères trouvent donc par définition leur raison d'être dans l'action sur les parois intestinales du contenu ordinaire du rectum et surtout dans l'état trophique des parois intestinales. Nous opposons le terme d'ulcères simples à celui d'ulcères spécifiques que nous avons appliqué à tous les ulcères précédents, reconnaissant pour cause l'action de substances ou de micro-organismes spéciaux.

L'ulcère simple succède le plus souvent à une solution de continuité telle qu'un bouton d'herpès (1), une éraillure occasionnée par le passage d'un bol fécal trop dur, par le séjour de corps étrangers (matières fécales durcies dans un repli de la muqueuse, corps durs, irréguliers, avalés (2), etc.), ou encore par un acte opératoire, un traumatisme (3), etc.

Les auteurs allemands insistent tout particulièrement sur la stase des matières fécales comme cause de certains ulcères rectaux, ils qualifient ces derniers d'ulcères par processus décubital (4). Grawitz (5) provoque chez des jeunes chiens la formation d'ulcères en introduisant des tampons d'ouate dans le rectum.

Dans d'autres cas, l'ulcère est le résultat d'une entérite provoquée par un rétrécissement du rectum, ou toute autre cause non spéciale à cette portion du gros intestin (6).

La solution de continuité reste ulcéreuse pour des raisons dont l'importance est variable suivant les cas. Le siège de la plaie joue parfois le principal rôle. Les moindres éraillures du conduit anal guérissent diffi-

(1) Voy. pour l'herpès anal, LEGENDRE. *Arch. de méd.*, 1853, t. II, p. 171, et E. BARIÉ. Du zona périnéo-génital chez les tuberculeux. *Ibidem*, 1887, p. 240.

(2) GŒRNE (*Berlin. klin. Woch.*, 1891, XXVIII, p. 34) relate l'observation intéressante d'une rectite dysentériforme avec excoriation de la muqueuse, occasionnée par l'ingestion d'akènes d'hélianthes. L'ulcération peut encore être causée par un corps étranger séjournant dans le vagin, témoin l'observation publiée par RICORD (*Soc. anat.*, 1846) d'un pessaire qui avait détruit la cloison recto-vaginale. Lisfranc fit l'extirpation du pessaire par l'anus.

(3) Par les canules de lavement, par exemple. NORDMANN. *Ueber klysmatische Läsionen der Mastdarms.* Th. de Bâle, 1887.

(4) NICKEL. *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1892, t. VII, p. 279.

(5) GRAWITZ. Statistischer und experim. patholog. Beit. z. Perit. *Charité Annalen*, t. XI, et Th. de W. SCHEUNEMANN. (Même institut pathol.), 1890, d'après NICKEL.

(6) Telles sont les ulcérations folliculaires décrites par LEGENDRE chez les enfants et qui se retrouvent sur toute la longueur du gros intestin et de l'intestin grêle. (*Recherches anatomo-pathol. et cliniq. sur quelques maladies de l'enfance,* Paris, 1846, p. 371.)

cilement parce que durant la défécation la contraction intempestive des sphincters les livre aux violences et aux souillures des matières fécales; d'autres fois la plaie, située dans l'ampoule, échappe à tout frottement brutal, elle ne subit que l'action infectante du contenu, action insuffisante pour s'opposer à la réparation, s'il n'existait pas une raison plus puissante, telle qu'un état général mauvais ou une nutrition locale défectueuse. Nous pourrions donc diviser les ulcères simples en ulcères trophiques et ulcères non trophiques : ceux-ci, à siège intra-sphinctérien, mériteraient le nom de traumatiques, si l'on voulait dire par là qu'ils sont non pas engendrés, mais entretenus par des traumatismes répétés; ils sont trop connus sous le nom de fissures ou d'ulcères irritables pour qu'on puisse se hasarder à changer leur dénomination. Les ulcères trophiques s'observent dans le cours de certaines dystrophies générales, en particulier chez les vieillards.

Ils s'observent encore et surtout lorsque la nutrition locale des parois rectales est modifiée sinon compromise par la dégénérescence variqueuse des veines. Pratiquement, l'ulcère simple se réduit à deux groupes : la fissure anale, l'ulcère variqueux.

1° Ulcères variqueux du rectum et de l'anus (1). — L'ulcère variqueux du rectum a été pour la première fois décrit par Rokitansky (2), qui l'appela ulcère hémorrhoïdal du rectum.

En France, la première mention en est faite par Péan et Malassez (3) en 1871 : Cruveilhier en effet n'y avait fait aucune allusion. Ceux qu'il décrit se rapportent à la dysenterie ou à la syphilis du rectum. Notre littérature médicale est très pauvre en documents sur ce sujet, que les Anglais et les Américains ont étudié avec plus d'insistance (4).

(1) Voy. sur les ulcérations variqueuses du rectum et de l'anus, Quénu. *Rev. chirurg.*, décembre 1892 et mars 1893.

(2) Rokitansky. *Pathol. anat.*, vol. III, p. 228. « Aux autres ulcères destructifs de la muqueuse intestinale déjà cités, nous devons ajouter encore une forme d'ulcère de la muqueuse rectale à la région du sphincter et dont la cause est l'inflammation des hémorrhoïdes; c'est un ulcère à bords irrégulièrement dentelés; à sa base se voit assez souvent un réseau artériel provoquant des hémorrhagies considérables.

(3) Péan et Malassez. *Études cliniques sur les ulcérations anales*, Paris, 1876.

(4) Gibbs. *New-York med. Journ.*, 1892, t. II, p. 93-96. — Kelsey. *Annual of the universal medic. sc.*, Phil., 1893, D. 14. — Curling, Ball, Cripps. *Diseases of the Rectum*, etc...

L'ulcère variqueux de la région anale est infiniment moins rare que pourrait le faire supposer le silence observé par la plupart des classiques, mais il faut le chercher; il faut, dans tous les cas d'hémorrhagie par l'anus, non pas se contenter du toucher, mais, après avoir cocaïnisé la région soit par des badigeonnages, soit au besoin par des injections interstitielles, pratiquer l'examen direct au moyen d'une valve de Sims ; on pourra dès lors se convaincre que la plupart des hémorrhoïdaires qui saignent d'une façon un peu persistante sont des porteurs d'ulcères.

Les ulcérations surviennent en général à la suite de poussées inflammatoires partielles des hémorrhoïdes. Tantôt il ne s'agit que d'une simple excoriation, tantôt la muqueuse est entièrement détruite en un point; la grande généralité des ulcères hémorrhoïdaux occupent la région anale du rectum et affectent la forme fissuraire.

Il en est d'autres peu ou point signalés et qu'on peut qualifier de sus-sphinctériens. Nous les avons observés dans la seconde portion du rectum, à 8 et 10 centim. de l'anus, tantôt à la face antérieure, tantôt à la face postérieure de l'intestin.

Les ulcères variqueux ont été rencontrés par nous à peu près à toutes les époques de l'âge adulte, mais, d'accord avec Cripps, nous soutenons leur fréquence incontestablement plus grande chez les gens âgés. Nous avons, à Bicêtre, examiné anatomiquement les rectums de quelques vieux hémorrhoïdaires. Sur huit autopsies, nous avons quatre fois rencontré des ulcérations; sans prétendre que parmi les vieux hémorrhoïdaires la proportion soit toujours de un à deux, nous pouvons inférer de ces chiffres que la lésion est loin d'être exceptionnelle.

Les ulcères, avons-nous dit, sont les uns intra-sphinctériens, les autres sus-sphinctériens, ils ont tous une communauté de forme et de structure. Et d'abord, ce sont des ulcères arrondis : les fissures semblent échapper à cette règle, mais ce n'est qu'une apparence due au plissement de l'anus par la contraction tonique du sphincter : la forme ronde reparaît dès qu'on développe le conduit anal sous le chloroforme, ou qu'on étale sur une plaque de liège, après excision, la muqueuse ulcérée. Leur dimension en surface et leur profondeur sont essentiellement variables : parfois l'érosion est extrêmement superficielle, il semble qu'il s'agisse d'une

simple desquamation épithéliale à la surface de bourrelets hémorrhoïdaires ; le plus souvent, toute l'épaisseur de la muqueuse est entamée et laisse voir un fond granuleux souvent masqué par une pulpe grisâtre. Les bords sont peu élevés, indurés si l'affection est déjà ancienne, et surtout sillonnés de vaisseaux variqueux.

Au point de vue de la structure, nous pouvons envisager deux formes : 1° l'érosion superficielle, 2° l'ulcère variqueux proprement dit.

L'érosion superficielle tire son intérêt de ce fait qu'elle entame une muqueuse déjà transformée en tissu caverneux ; l'abondance des hémorrhagies, la gravité des symptômes contrastent avec la superficialité du mal. Sur une petite portion de muqueuse exulcérée, saignant au moindre contact et que nous avions excisée, il nous a été permis d'observer ces alté-

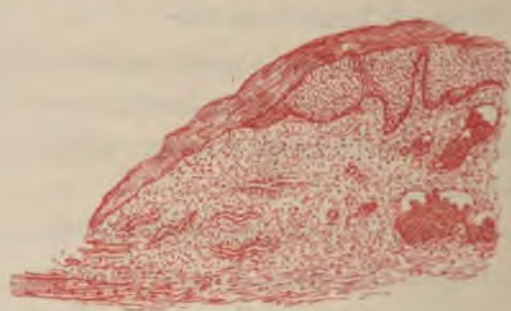


FIG. 131. — Fissure hémorrhoïdaire; bords de l'ulcération.

rations réduites pour ainsi dire à leur minimum. Le revêtement épithélial de la zone anale proprement dite persistait, mais peu distinct, avec çà et là quelques vides : l'épithélium était mal coloré, granuleux, creusé de vacuoles, à noyau peu distinct, reposant sur une membrane basale nette. Les lacunes vasculaires creusées dans l'épaisseur du chorion étaient infiniment rapprochées de la surface.

Voici, d'autre part, ce que révèle l'examen histologique d'une fissure hémorrhoïdale ou d'un large ulcère variqueux : au pourtour de l'ulcération, ce qui domine du côté de la muqueuse, c'est la transformation caverneuse et quelques lésions irritatives ; au niveau des bords (1), celles-ci deviennent excessivement marquées : la trame est masquée par l'abon-

(1) Voyez fig. 131.

dance des cellules rondes plus ou moins altérées et quelques infiltrats sanguins. L'épithélium se comporte toujours de la même manière : progressivement, le corps muqueux s'amincit comme s'il était dévoré par les proliférations sous-jacentes, puis il disparaît et il ne reste du revêtement qu'une stratification de cellules aplaties et inertes.

L'ulcération elle-même s'accuse par la disparition de tout épithélium et un fond non pas actif et bourgeonnant, mais en voie de désintégration granuleuse à la surface, en voie de transformation fibroïde dans la profondeur. Les infiltrats sanguins et les thromboses veineuses s'observent près des bords et au fond de l'ulcère, la vascularisation prédomine à une petite distance des bords et dans les portions de muqueuse y attenant.

Nous relevons encore, dans nos examens, quelques minimes altérations

FIG. 132. — Fissure hémorrhoïdaire ; fond de l'ulcération.

artérielles sans coagulation, et enfin une altération des nerfs sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir à propos des fissures à l'anus.

Il n'est pas difficile de comprendre comment s'établissent et persistent les ulcérations du rectum chez les hémorrhoïdaires. La muqueuse qui revêt une hémorrhoïde un peu ancienne est une muqueuse plus ou moins enflammée ; le moindre traumatisme, la moindre excoriation déterminent une nouvelle inoculation, une poussée de phlébite, la formation d'une eschare, etc. La persistance de l'ulcération s'explique aisément si on songe non seulement aux défectueuses conditions de la circulation veineuse, mais encore à la facilité avec laquelle s'infectent continuellement les veines exposées à la phlébite à la fois par leur nature variqueuse et par leur contact continuel avec des matières septiques. Sur une de nos pièces d'ulcères, on trouvait dans la paroi interne de vaisseaux thrombosés de nombreux

staphylocoques ; que l'infection soit postérieure ou non à la lésion, il n'est pas moins évident qu'elle doit jouer un rôle considérable dans la permanence des lésions.

Symptômes et diagnostic. — Au point de vue clinique, l'ulcère variqueux comporte deux types : l'ulcère irritable ou fissure hémorrhoïdaire, et l'ulcère non irritable.

La fissure hémorrhoïdaire à siège intra-sphinctérien présente une symptomatologie tellement semblable à celle de la fissure à l'anus en général, que nous renvoyons à la description de cette dernière.

L'ulcère non irritable peut être sus ou intra-sphinctérien, il se rencontre à tout âge, mais sa fréquence est plus grande chez les vieillards, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Tantôt uniques, tantôt multiples, les ulcères variqueux non irritables manifestent leur présence par trois symptômes principaux : des troubles de la sensibilité, un écoulement de mucosités plus ou moins purulentes, de la diarrhée, et enfin des hémorrhagies.

Les troubles de la sensibilité sont généralement peu accusés. Certains malades n'éprouvent qu'un peu de ténesme, de fausses envies d'aller à la selle, le plus souvent une sensation de plénitude et de pesanteur à l'anus et des douleurs sourdes dans la région lombo-sacrée ; d'autres éprouvent des douleurs plus ou moins vives au moment du passage des matières, mais ils ne ressentent pas après la défécation ces souffrances qui caractérisent la fissure.

L'écoulement des mucosités est un phénomène fréquent chez les porteurs d'hémorrhoïdes ; il prend une certaine signification dès qu'il s'y mêle du pus. Le liquide muco-purulent est évacué avec les garde-robes ou en dehors d'elles. Allingham insiste beaucoup sur la diarrhée matinale, elle serait un symptôme des plus précoces et des plus caractéristiques. Le malade, dit-il, est pris au saut du lit du besoin d'aller à la garde-robe, mais le résultat de ses efforts n'est pas très satisfaisant ; il ne fait que des vents ou une selle liquide, quelquefois marc de café, parfois comparable à du blanc d'œuf cru ou à de la gelée de poisson.

Le symptôme le plus important, presque capital de l'ulcère du rectum,

c'est l'hémorrhagie. Le mode et l'importance de l'écoulement sont extrêmement variables.

L'hémorrhagie peut amener rapidement la mort par épuisement, témoin l'observation de ce vieillard de Bicêtre que l'un de nous a rapportée dans la *Revue de chirurgie* (1). On s'aperçut à 5 heures du matin que du sang sortait par l'anus. L'interne de garde appelé trouva un malade pâle, sans mouvements, avec un pouls débile et des battements cardiaques extrêmement faibles. Il était couché dans une mare de sang franchement rutilant ; un filet de sang rouge coulait continuellement de l'anus, qui parfois s'entr'ouvrait pour laisser échapper un caillot. La mort survint le surlendemain. L'autopsie démontra que la source unique du sang venait de deux ulcérations arrondies ne paraissant intéresser que la muqueuse, à peine de la dimension d'une pièce de 20 centimes ; de petits caillots adhéraient à ces ulcérations dont la nature variqueuse était des plus manifestes et fut vérifiée histologiquement.

Ailleurs, l'hémorrhagie est encore abondante. Certains malades l'estiment en l'exagérant à 300 ou 400 gr. ; elle détermine une envie irrésistible d'aller à la garde-robe, puis le sang s'arrête. Après quelques jours et parfois plusieurs semaines de répit, l'hémorrhagie reparaît. Quelques vieillards en sont avertis par une sensation de plénitude et de congestion vers le périnée ; chez la plupart, chaque perte ne dépasse pas la valeur d'une cuillerée à soupe ou moins encore, et n'a lieu qu'à l'occasion d'une garde-robe ; tantôt et plus fréquemment celles-ci en sont distinctes et comme arrosées. Le sang est généralement rouge et rutilant.

Malgré leur peu d'importance, ces petits saignements acquièrent une réelle gravité à cause de leur répétition. Parfois, les téguments ne sont pas seulement pâles, ils ont pris cette teinte jaune qu'on a jadis donnée comme caractéristique du carcinome viscéral, et que nous croyons être surtout l'effet d'une résorption de produits septiques, s'effectuant à la surface d'un tégument ulcéré. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les troubles généraux et les désordres fonctionnels qu'entraîne une anémie profonde. Leur importance s'accroît encore lorsqu'ils surviennent chez des gens déjà affaiblis par l'âge.

(1) QUÉNU. *Revue de chirurgie*, Paris, 1892, p. 991.

Livrés à eux-mêmes, les ulcères variqueux (indépendamment des complications phlegmoneuses possibles et par conséquent des fistules) sont susceptibles d'amener la mort par les progrès de la cachexie : le dénouement peut être brusqué par une hémorrhagie un peu abondante.

Nous n'avons jamais observé, pour notre part, d'ulcération variqueuse intéressant tout ou une grande partie du pourtour intestinal. Aussi considérons-nous comme peu admissible la complication d'un rétrécissement. Cependant, Cripps cite le cas d'un homme de 60 ans qui, à la suite d'une fissure anale opérée, vit la plaie s'agrandir jusqu'aux dimensions d'un shilling. A cette époque, on excisa l'ulcère et on en fit l'examen microscopique. Il ne s'agissait pas d'un néoplasme. Six mois après, l'ulcération avait encore progressé et entourait presque complètement la marge de l'anus en creusant jusqu'aux fibres musculaires. Cette observation nous paraît trop incomplète pour qu'on puisse avec certitude affirmer la nature purement variqueuse de l'ulcère.

Le *diagnostic* de l'ulcère variqueux du rectum comprend deux points : établir l'existence d'une ulcération, en déterminer la nature exacte. Il semble banal de conseiller l'examen du rectum chaque fois qu'un malade éprouve quelque douleur dans la défécation, chaque fois surtout qu'un écoulement quelconque, mais surtout un écoulement de sang, fait douter de l'intégrité de la muqueuse, et cependant c'est là une faute par omission, qui est couramment commise par les médecins. Il ne suffit pas de jeter un coup d'œil sur l'anus et d'y reconnaître un bourrelet hémorrhoïdaire, il faut examiner le rectum avec le doigt et avec l'œil.

Le toucher est généralement douloureux en cas d'ulcère : le malade accuse une souffrance dès que le doigt frôle, même légèrement, la surface érodée. Celle-ci ne donne plus la sensation d'une membrane lisse et molle : tantôt simplement chagrinée et comme dépolie, elle devient dans d'autres cas rugueuse et semblable à une plaque dure. Cette exploration provoque parfois un léger saignement.

L'inspection au spéculum est de rigueur : la coloration et la dépression de la muqueuse, au niveau de l'ulcération, décèlent immédiatement cette dernière. On ne pourrait avoir de doutes que sur l'exulcération superficielle que nous avons appelée la forme érosive. Mais la portion de

muqueuse érodée tranche sur le reste par sa couleur rouge, son dépoli et cette constatation généralement facile, que le moindre attouchement provoque l'issue de quelques gouttes de sang.

2° Fissure a l'anus (1). — On donne le nom de fissure à l'anus (2) à une petite ulcération superficielle, siégeant au fond d'un des sillons que forment les plis radiés de l'anus, et se caractérisant cliniquement par des douleurs intenses et une contracture du sphincter.

En réalité, la fissure à l'anus n'est pas une entité morbide : la contracture du sphincter n'est pas déterminée par des lésions toujours identiques, elle accompagne certaines ulcérations sus-sphinctériennes, elle est susceptible de manquer dans quelques ulcérations intra-sphinctériennes. La forme de l'ulcération n'a rien de spécial, elle n'a d'une fente, d'une fissure que l'apparence qu'elle doit à l'action du sphincter. La nature de l'ulcération n'entraîne pas fatalement l'existence ou l'absence des phénomènes douloureux ; ceux-ci s'observent aussi bien dans l'ulcération du chancre mou que dans la fissure hémorrhoïdaire ou la fissure traumatique. Une identité de lésions semblables par le siège, la forme et la nature, n'entraîne donc pas nécessairement une identité de symptômes.

(1) Ancelon. *Gaz. des hôpit.*, 1853, p. 606, n° 151. — Aubry. *Fiss. chez les enfants à la mamelle.* Thèse de Paris, 1865, n° 214. — Ball. A new view of the etiology of fissure anus. *Brit. med.*, 1891, t. II, p. 583. — Blandin. *Gaz. des hôpit.*, 1845, p. 273. — Bodenhamer. *Practical observations of anal fissures.* New-York, 1868. — Boyer. *Traité des malad. chir.*, t. VI, p. 605, et *Journ. complém. des Sc. méd.*, novembre 1818. — Chassaignac. *Gaz. des hôpit.*, 1849, p. 384. — Delaunay. *Fissures ou gerçures à l'anus.* Th. de Paris, 1824, n° 215. — Deligny. *Archiv. génér. de méd.*, 1883, t. I, p. 54 et 175. — Demarquay. *Archiv. génér. de méd.*, 1846, t. X, p. 377. — Ducamp. *De la fissure à l'anus.* Thèse de Paris, 1876, n° 43. — Duclos. De la fissure chez les enfants à la mamelle. *Journ. de médec.*, 1846, t. IV, p. 106. — Duplay. *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 445. — Dupuytren. *Leçons orales de clinique chir.*, t. III, p. 282. — Gautier. *De la fissure chez les enfants.* Th. de Genève, 1863. — Gibbs. *New-York med. Journ.*, 1894, t. I, p. 93. — Goodsall. Fis. syphil. *St-Barthol. hospit. Rep.*, London, 1892, t. XXVII, p. 204. — Gosselin. *Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 362. — Kelsey. *New-York med. J.*, 1891, t. LIII, p. 733, et *Annual of the Univ. med. sc.*, 1893. — Maisonneuve. *Gaz. des hôpit.*, 1849, p. 220. — Mason. *New-York med. rec.*, 1874, t. IX, p. 585. — J. Miller. *Practice of surgery.* Edinb., 1852, p. 380. — Monod. *Bull. de la Soc. de chirurg.*, 2 mai 1851, t. I, p. 229. — Narbonne. *De la fissure à l'anus et de son traitement.* Thèse de Paris, 1849, n° 281. — Neale. *Lancet*, London, 1885, t. I, p. 57. — Petit. *Fissure hémorrhoïdaire.* Thèse de Paris, 1877, n° 182. — Récamier. *Revue méd. franç. et étrang.*, 1838, t. I. — Reynier. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1891, p. 248. — Richet. *Union méd.*, 1880, p. 2. — Smith. *Med. Rec.* N.-Y, 1883, t. XXIV, p. 234. — Trinché. *De la dilatation forcée comme traitement de la fissure de l'anus.* Th. de Montpellier, 1884, n° 53.

(2) Ou gerçure de l'anus (Boyer), ulcère irritable, auteurs anglais.

La fissure est un syndrome clinique commun à des lésions différentes, appartenant toutefois plus particulièrement aux localisations intra-sphinctériennes des ulcères, de telle sorte qu'en pratique on pourrait employer indifféremment les termes de fissure ou d'ulcère intra-sphinctérien.

On ne discute plus aujourd'hui la question de priorité entre la fissure et la contracture spasmodique. Tout le monde admet que celle-ci est postérieure à celle-là, et sous sa dépendance. Qu'il y ait des spasmes sphinctériens sans fissure, cela ne change en rien la filiation des faits, quand l'un et l'autre existent. Boyer lui-même accordait avoir observé bien plus souvent la constriction avec fissure que la constriction sans fissure.

Étiologie. — D'après les considérations précédentes, à la fissure à l'anus s'applique toute l'étiologie des ulcères en général ; il existe donc des fissures syphilitiques (1), (nous en avons observé un cas manifeste qui a nécessité la dilatation), des fissures chancreuses (ou chancres mous fissuraires), des fissures hémorrhoïdaires et traumatiques, etc. En pratique, nous ne retenons que les fissures simples hémorrhoïdaires ou non, aussi avons-nous pris soin, dès le début, de faire rentrer la fissure anale dans l'ulcère simple.

Le cadre ainsi restreint, voici quelles sont les causes invoquées pour la formation des fissures.

La fissure anale s'observe à tout âge, elle est surtout une maladie de l'âge adulte, mais c'est peut-être aller un peu trop loin que de dire (2) qu'elle est très rare chez l'enfant. Nous avons personnellement observé un certain nombre d'enfants d'un à deux ans, digérant très bien le lait, trop bien même, au point d'en être constamment constipés. L'expulsion de scybales dures déterminait de temps en temps chez eux l'écoulement de quelques gouttes de sang et il nous a été possible de vérifier l'existence d'une fissure. Les enfants accusaient des souffrances vives en allant à la selle et se retenaient au lieu de pousser, ce qui venait encore aggraver leur constipation habituelle. Nous avons particulièrement suivi une petite

(1) Duplay exagère certainement en disant que la contracture sphinctérienne n'est *jamais* déterminée par les fissures syphilitiques (DUPLAY. *Gaz. des hôp.*, 1891, p. 445). V. fissures syphilitiques. GOODSALL. *St-Barth. hosp. Rep.*, London, 1892, t. XXVIII, p. 204.

(2) FOLLIN et DUPLAY. T. VI, p. 435.

fille chez qui, pendant une année entière, aucune garde-robe n'a pu être obtenue qu'à l'aide d'un lavement quotidien. Cette enfant, âgée de 2 ans, ne portait aucune trace de rétrécissement congénital; elle avait eu une fissure à l'âge de 10 mois, et, sa fissure guérie, avait, en souvenir de ces souffrances, pris l'habitude de se refuser à tout effort de défécation.

La fissure a été du reste depuis longtemps observée et décrite chez l'enfant, spécialement chez l'enfant à la mamelle. En 1846, Duclos en publiait des exemple chez des enfants de 8 mois et de un an; Gautier à Genève en 1863 et Aubry à Paris en 1865, consacraient leur thèse au même sujet (1).

La fissure est plus fréquente chez les femmes, ce qu'explique leur tendance plus grande à la constipation (2).

Toutes les plaies, même les moindres excoriations de l'anus, peuvent être l'origine de la fissure anale ; par suite, les causes d'éruptions péri-anales, herpès, eczéma, érythèmes, etc., sont causes de fissures de même que toutes les modifications anatomiques de l'anus qui rendent son excoriation facile. Parmi ces dernières, aucune n'est plus importante que l'altération hémorrhoïdaire. La plupart des fissurés adultes, 7 à 8 sur 10 d'après notre estimation, ont des hémorrhoïdes (3); celles-ci, plus ou moins développées, agissent à la fois en prédisposant à la constipation et principalement en modifiant la structure de la muqueuse dont le moindre traumatisme provoque alors la gerçure. Ce traumatisme est presque toujours produit par le passage des matières fécales à travers la filière sphinctérienne qui, au lieu de céder, résiste et se contracte sur le corps traumatisant. On a encore invoqué l'étroitesse

(1) GAUTIER. Th. de Genève, 1863. — AUBRY. *De la fissure à l'anus, principalement chez l'enfant à la mamelle.* Th. de Paris, 1865. — Aubry cite des exemples de fissures chez les enfants de 5 mois, 11 mois, un an, 16 mois. Gautier rapporte l'observation d'une fissure chez une petite fille de 3 semaines. Voir aussi BOUCHUT. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés,* Paris, 1877, p. 677. — PERRIN. Des polypes du rectum et de la fissure à l'anus chez l'enfant. *Revue médico-chirurg.,* 1847, t. I, p. 65. La statistique dressée par Demarquay et portant sur 42 cas donnait les chiffres suivants : de 14 ans à 20 ans, 3 cas ; de 20 à 30, 13 cas ; de 30 à 40 15 cas ; de 40 à 50, 7 cas ; de 50 à 60, 4 cas. DEMARQUAY. *Loc. cit.*

(2) Réunissant les statistiques de 3 hôpitaux, Goodsall trouve 76 femmes pour 51 hommes, soit 3 femmes contre 2 hommes. Demarquay avait au contraire 30 hommes pour 23 femmes.

(3) Nous ne disons pas de tumeurs hémorrhoïdaires, il est probable que les auteurs qui n'estiment qu'à 20 0/0 (GOODSALL) la proportion des fissurés porteurs d'hémorrhoïdes, n'ont compté pour hémorrhoïdes que les hémorrhoïdes formant tumeur.

congénitale de l'anus (1), la constitution lymphatique chez les enfants (2), les inflammations pelviennes, les déviations de l'utérus, etc. ; la plupart de ces causes n'interviennent qu'en déterminant de la constipation. Constipation et altération hémorrhoïdaire de la muqueuse anale, telles sont, en résumé, les réelles et habituelles causes de la fissure anale (3).

Pourquoi une fissure, une excoriation quelconque occasionne-t-elle ainsi de telles douleurs et un tel spasme du sphincter ?

La plupart des auteurs anglais l'expliquent par la dénudation des filets nerveux situés au fond ou sur les bords de l'ulcère. Comme l'indique un schéma de Hilton, ces filets nerveux seraient plus particulièrement nombreux au niveau de la ligne ano-cutanée (ligne blanche de Hilton), de là la sensibilité extrême des ulcères qui s'y localisent, tandis que les ulcérations de l'intérieur du rectum n'engendrent qu'une souffrance légère ; s'il est même des fissures anales peu sensibles, les tolérantes de Gosselin, c'est qu'elles ne renferment pas de filets nerveux exposés.

Ces explications, fort rationnelles, sont toujours demeurées hypothétiques pour la raison que l'anatomie pathologique des fissures n'a jamais été faite. Nous avons cherché à combler cette lacune en pratiquant l'examen histologique de fissures opérées par excision (4).

Obs. LXXII. — *Fissure hémorrhoïdaire.* — L'ulcération n'a plus la forme allongée qu'elle présentait sur le malade, elle est absolument ronde. Sur les coupes on trouve successivement, en partant de la surface de l'ulcère, une couche de cellules rondes granuleuses d'une épaisseur inégale, manquant même par places ; une couche de faisceaux fibreux parsemée de cellules rondes et fusiformes granuleuses et traversée par des vaisseaux bosselés, parallèles à la surface ; une couche de faisceaux musculaires à fibres lisses, séparés les uns des autres par un tissu fibreux ; enfin une couche cellulo-adipeuse où se rencontrent des vaisseaux artériels et veineux à plusieurs tuniques et un faisceau nerveux primitif.

L'artériole et le nerf du plan cellulo-adipeux n'offrent rien d'anormal, mais dans la partie

(1) Mollière. *Loc. cit.*

(2) Anchelon. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1853, p. 606.

(3) Ball (*Brit. med. J.*, 1891, t. II, p. 583) attribue un rôle prédisposant aux valvules semi-lunaires dans la pathogénie de la fissure : les matières fécales durcies heurtant une de ces petites valvules finiraient par déchirer leurs insertions latérales, si bien que la valvule arrachée et ne tenant plus qu'en bas, viendrait constituer ces petites productions polypeuses qu'on trouve souvent à l'extrémité inférieure de la fissure et que l'auteur compare aux petits fragments d'épiderme qu'on trouve aux « envies » près de l'ongle.

(4) Ces deux observations sont tirées de la *Revue de chirurgie*, 1893, *loc. cit.*

la plus profonde de la couche fibro-musculaire, deux petits troncs nerveux sont situés au milieu d'un tissu fibroïde, altéré, granuleux dont se distingue mal leur gaine lamelleuse, à côté de petites veines variqueuses.

FIG. 133. (Obs. LXXII.) — Fissure hémorrhoïdaire; fond de l'ulcère.

Près des bords de l'ulcération, la muqueuse a subi la transformation caverneuse, l'épithélium est réduit au stratum lucidum, le corps muqueux a disparu et ne se retrouve

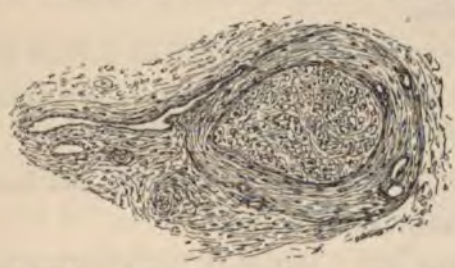


FIG. 134. (Obs. LXXII.) — Filet nerveux situé au milieu d'un tissu fibroïde.

qu'un peu plus loin. Sous ce prolongement réduit de l'épiderme, agglomération de cellules rondes granuleuses, veines thrombosées, quelques petits infiltrats sanguins.

OBS. LXXIII. — *Fissure hémorrhoïdaire ; résumé de l'examen histologique; fond de l'ulcère.* — Près des bords, coupe longitudinale d'une veine thrombosée, débris de faisceaux conjonctifs et amas irréguliers de cellules rondes. Plus loin et dans presque toute l'étendue de l'ulcère, le fond n'offre plus le même aspect ; il est constitué par des faisceaux fibreux parallèles, séparés par des traînées de granulations. Dans la couche musculaire, on observe la coupe d'un gros filet nerveux entouré de sa gaine lamelleuse ; celle-ci est

entourée de cellules rondes : elle siège au milieu d'un véritable foyer inflammatoire, il y a périnévrite. Mais cette gaine lamelleuse est elle-même altérée : elle est plus épaisse, parsemée de cellules moins plates et granuleuses.

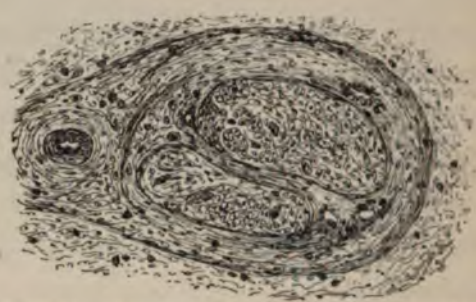


FIG. 135. (Obs. LXXIII.) — Fissure à l'anus ; coupe d'un tronc nerveux atteint de névrite interstitielle péri et intra-fasciculaire.

Dans l'intérieur du faisceau s'observent de petits foyers de cellules rondes. Il existe donc manifestement de la névrite interstitielle péri et intra-fasciculaire.

Nous voulons retenir de ces examens deux conclusions principales : La première, c'est que, sur aucune des nombreuses coupes qui ont été faites, il ne nous a été possible d'apercevoir un filet nerveux à découvert, mis à nu à la surface de l'ulcère. La seconde, c'est qu'il existe dans certaines fissures une altération matérielle très appréciable des filets nerveux sous-jacents à l'ulcération.

Il ne s'agit donc pas de simples irritations portant sur les terminaisons et les ramuscules des nerfs ; il y a plus, il y a participation de ces ramuscules au processus inflammatoire.

Il est probable que ces cas correspondent aux fissures très douloureuses dites « intolérantes ».

L'existence d'une lésion matérielle des filets nerveux de l'anus nous explique encore que parfois des douleurs excessives persistent alors que la fissure originelle a fait place à une cicatrice ; il est vraisemblable qu'un certain nombre de névralgies de l'anus dites essentielles ne sont autre chose que des névrites survivant à la fissure qui, elle, s'est cicatrisée et a disparu.

Symptômes et diagnostic. — La symptomatologie de la fissure anale est des plus caractéristiques. Elle se traduit invariablement par une sensation douloureuse qui suit la défécation, si bien qu'avec ce seul renseigne-

ment, sans avoir vu le malade, nous répétait souvent Tillaux dans ses conférences cliniques, le chirurgien pourrait, sans grande chance d'erreur, avancer qu'il est atteint de fissure anale.

La plupart du temps, la douleur est comparée par les patients à une cuisson, à une brûlure à l'intérieur de l'anus ; la sensation de déchirure appartient plutôt au moment précis de la défécation ou aux quelques minutes qui suivent, celle de brûlure aux heures qui suivent le passage des matières fécales.

L'intensité, l'étendue et la durée des phénomènes douloureux varient suivant les cas, aussi Gosselin avait-il adopté deux types cliniques l'un de fissures tolérantes, l'autre de fissures intolérantes.

Il vaudrait infiniment mieux, suivant la remarque de Mollière, dire tolérables et intolérables.

Dans la forme tolérable, une cuisson peu intense succède au passage des matières et dure de quelques minutes à une heure, sans que le fissuré se voie dans l'obligation de suspendre sa marche ou ses occupations habituelles.

Dans la forme intolérable la douleur de la défécation est à peine terminée qu'une nouvelle angoisse surgit, allant croissant et se prolongeant pendant deux, trois, quatre heures et plus. Un de nos malades souffrait toute la nuit après avoir été à la garde-robe à 5 heures ; quelques-uns n'ont, de toute la journée, que quelques heures de répit, ou même souffrent d'une façon absolument continue. La défécation n'est pas la seule cause des paroxysmes, ceux-ci surviennent parfois en dehors de tout effort pour aller à la selle et de toute épreinte (1).

Les patients comparent leurs souffrances à celles que produirait une incision de l'anus ou l'introduction d'un fer rouge, ils ont des épreintes, cherchent par différentes attitudes ou par la pression sur le fondement à obtenir un peu de calme. Les moindres mouvements, la marche, l'éternuement, la toux, exaspèrent la sensibilité de l'anus.

La douleur peut s'élever à un tel degré qu'elle amène la syncope ou

(1) Nous avons observé un malade qui souffrait toute la journée et la nuit et chez lequel des paroxysmes douloureux survenaient plusieurs fois dans la journée en dehors des garde-robes, et durant une demi-heure.

provoque une sorte de contraction convulsive générale (1). Elle dépasse fréquemment la région anale, s'irradie dans le petit bassin, spécialement dans la zone vésicale, occasionnant tantôt de l'incontinence (2) par exagéde la contractilité de la vessie, tantôt et plus souvent de la rétention par l'intermédiaire d'une contraction spasmodique de l'urèthre (3). Ailleurs les irradiations se font le long du cordon, dans les lombes et jusque dans les cuisses sur le trajet du nerf sciatique (4).

Ajoutons à ce tableau clinique, d'autant plus accentué que le sujet est plus enclin au nervosisme, l'écoulement de quelques gouttes de sang rouge à la fin de la défécation.

Les crises douloureuses réapparaissent à chaque selle, la défécation devient pour le malade un objet de préoccupation extrême : il la retarde en se retenant, en exagérant ainsi de lui-même la constipation cause de tous ses maux ; il va même jusqu'à se priver de nourriture dans l'espoir de reculer l'heure de la crise.

Lorsqu'elle dure depuis un certain temps, la maladie finit par modifier l'état général. Les fonctions digestives sont ralenties et troublées (5), le système nerveux central est tout particulièrement atteint. Les fissures s'affectent de leur état, acquièrent une irritabilité extrême, une tristesse qui chez quelques-uns va jusqu'à faire éclore des idées de suicide.

Chez les tout jeunes enfants, la fissure trahit sa présence par l'opiniâtreté de la constipation (6) et l'agitation extrême que provoque chaque

(1) BOYER. *Loc. cit.*

(2) Surtout chez les femmes (MOLLIÈRE).

(3) Curschmann a noté de la spermatorrhée (ZIEMSSEN. *Cyclop.*, vol. VIII).

(4) Nous avons observé un malade de 25 ans, charcutier, dont la sciatique datait de six ans, et s'était déclarée en même temps que les symptômes d'une fissure anale (douleurs, perte de sang, etc.). Chez lui aucune maladie générale, grippe, pneumonie, tuberculose, rhumatisme, etc., ne pouvait être rendue responsable de cette sciatique. Aucune hérédité rhumatismale, pas d'influence du froid, aucun traumatisme ; la fissure guérie, les douleurs sciatiques s'atténuèrent mais persistaient encore au moment où le malade a été observé.

(5) Jobert cite à ce sujet une observation intéressante de stercorémie engendrée par une constipation en partie volontaire : « J'ai eu l'occasion de traiter la femme du Président de la Cour d'Orléans qui, à la suite d'une rétention volontaire des matières fécales pendant un mois, avait éprouvé les symptômes d'une sorte d'infection typhoïde qui mit ses jours en danger. Le gros intestin contenait un amas énorme de matières fécales durcies dont l'extraction rendit la santé à la malade. » (JOBERT. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1849, p. 376.)

(6) Gautier dit que « toutes les fois qu'un enfant nouveau-né ne va pas chaque jour à la

garde-robe. L'enfant pleure, s'agite, se refuse à pousser, puis tout d'un coup jette des cris au moment où il expulse un bol fécal.

On remarque en même temps quelques gouttes de sang sur le linge qui a servi à l'essuyer.

Chez un bon nombre d'enfants, la fissure n'altère que peu l'état général, chez d'autres elle entraîne de l'amaigrissement, de l'agitation, des vomissements et jusqu'à des attaques convulsives (1).

L'évolution de la fissure est intéressante à noter. Dans les cas légers, sous l'influence de quelques soins de toilette et d'une hygiène alimentaire, les symptômes s'amendent rapidement et l'ulcération se cicatrise. Dans d'autres, l'affection se prolonge pendant des années, avec des périodes de rémission. Dans la plupart, le mal tend à récidiver ; c'est ainsi que dans nos observations, nous retrouvons, à cinq ou dix ans d'intervalle, les symptômes de fissures antérieures se traduisant par des douleurs et de très légères pertes de sang. Un homme de 44 ans, verrier, entré à Cochin, en 1893, pour une fissure anale, en avait présenté antérieurement les signes à l'âge de 35, de 40 et de 43 ans.

Le diagnostic de la fissure anale n'offre que peu de difficultés. Le mode et la localisation des souffrances ont permis au chirurgien de deviner la fissure ; il lui reste à en faire la constatation et à en déterminer la nature et les causes.

Pour cet examen, le mieux est de faire adopter au patient le décubitus latéral. Le malade écartant lui-même une des fesses, ou bien un aide s'étant chargé de ce soin, voici comment il faut diriger son exploration : Il faut avant toute chose rassurer son patient, lui prédire qu'on ne songe point à pratiquer le toucher rectal et qu'on usera de la plus grande douceur.

Dans la plupart des cas, la plaie siège à la commissure postérieure ou près d'elle. Mais avant de l'avoir aperçue, on peut sûrement la localiser, en promenant le bout du doigt sur le pourtour de l'anus, à quelques millimètres de l'orifice. Dès qu'on atteint la zone fissurée, le doigt sent

garde-robe, on peut être à peu près certain de trouver à l'examen une ou plusieurs gerçures de la marge de l'anus ».

(1) Nous pensons que la fièvre et les convulsions notées par quelques observateurs sont plus souvent chez les enfants un effet de la constipation engendrant des toxines qu'une complication directe de la fissure.

sous la peau se durcir le sphincter externe pendant que le malade trahit sa douleur par une plainte et un léger mouvement de retrait : alors, déplissant l'anus en ce point, on découvre aisément l'ulcère fissuraire.

Celui-ci se montre sous la forme d'une petite ulcération cachée au fond d'un pli rayonné, de forme fissuraire, elliptique, ou ovalaire, suivant le degré d'écartement toléré par l'examiné. L'ulcère est, en général, à peine long de quelques millimètres, superficiel, n'entamant que tout ou partie de la muqueuse, rouge sur les bords, souvent grisâtre au fond, à bords peu élevés, à surface sèche, non suppurante, mais saignant facilement.

FIG. 136. — Fissure syphilitique de l'anus.

Parfois, à son extrémité inférieure se remarque une petite production polypiforme, débris d'une hémorrhoïde ou peut-être plus souvent, comme le veut Ball, d'une valvule de Morgagni déchirée et propulsée en bas. Lorsque la fissure occupe la demi-circonférence antérieure de l'anus, on peut mettre à profit le retournement en doigt de gant de la muqueuse anale par l'index introduit dans le vagin.

Ce mode d'exploration est douloureux, moins pourtant que l'exploration directe du conduit anal.

Si on a des raisons de se déterminer à cette dernière, il convient d'obtenir l'anesthésie locale soit avec des badigeonnages, soit plutôt à l'aide d'injections interstitielles de cocaïne à 1 p. 100 (5 à 6 centigr.).

Presque toujours, les observateurs, qui ont pratiqué le toucher rectal, ont constaté un resserrement spasmodique du sphincter. Gosselin cependant le conteste. Nous avons d'une façon presque constante noté une contraction plus forte que la normale ; cependant nous l'avons vue manquer dans quelques cas et, fait bien curieux, nous avons personnel-

FIG. 137. — L'ulcération fissuraire de la fig. 136 est ici figurée étalée par éversion.

lement, dans un petit nombre de faits, relevé une contracture partielle : le doigt introduit dans l'anus ne commençait à sentir un resserrement que dans le tiers supérieur du canal, la fissure n'offrant aucune particularité de siège ou de nature.

La contracture du sphincter peut se vérifier sans l'introduction du doigt ; il suffit de presser sur le bord inférieur du muscle pour le sentir erme, et en relief.

Les explorations intra-rectales ont surtout pour but de compléter le diagnostic, de s'assurer qu'il n'existe aucune autre lésion, telle qu'une hémorrhoïde enflammée, un polype (1), une rectite syphilitique, etc.

La fissure ne peut guère être confondue qu'avec la névralgie de l'anus, le diagnostic repose sur la constatation d'un ulcère : on ne prendra pas pour une perte de substance la dépression d'une valvule de Morgagni ; la surface en est lisse, non saignante (2).

Diagnostic des ulcérations ano-rectales.

L'étude séparée de chaque variété d'ulcère ano-rectal nous a conduit à exposer les signes essentiels qui permettent de reconnaître et l'ulcération et sa nature ; il n'est peut-être pas inutile de présenter le résumé de ces signes dans un tableau clinique d'ensemble.

Au point de vue du diagnostic, nous avons intérêt à établir une première division des ulcères basée sur leur siège. Les uns occupent la marge de l'anus, les autres le conduit anal, un troisième groupe enfin, le rectum proprement dit.

1° *Ulcères limités à la marge.* — Il suffit, pour les découvrir, d'inspecter la région anale en écartant les fesses. Les malades ont consulté pour quelques douleurs minimes, des démangeaisons, un peu de suintement ou un véritable écoulement purulent. La défécation n'est aucunement gênée, le suintement peut être çà et là teinté de quelques gouttes de sang, mais il n'y a pas de véritable hémorrhagie.

En faisant prendre au malade l'une des positions conseillées pour l'examen de l'anus (3), on découvre autour de l'orifice, souvent près de la commissure postérieure, empiétant plus ou moins sur la fesse, une perte de substance de caractères objectifs variables. Tantôt il s'agit d'érosions superficielles, on peut avoir affaire à de l'eczéma humide, à de l'herpès, à des chancres mous, à un chancre induré ou à des plaques

(1) Voy. plus loin, p. 431, pour le diagnostic étiologique.

(2) D'après Smith, on confondrait souvent la fissure anale chez la femme, avec des troubles utérins ; chez l'homme, avec des troubles vésicaux ou prostatiques.

(3) Voy. p. 50.

muqueuses. Ces dernières se reconnaissent bien vite à leur forme surélevée, en plaque, à leur couleur porcelanique, à l'existence de lésions similaires du côté de la bouche et de la gorge, etc. Le chancre induré de la marge ne diffère en rien du chancre cutané en général. Les vésicules d'herpès donnent lieu en se déchirant à de très petites ulcérations arrondies, à surface rosée, dépourvues de croûtes, reposant sur un fond érythémateux, avec un retentissement fréquent sur les ganglions inguinaux; il est très possible de les confondre avec certains chancres mous de la marge (1); cependant, dans ce dernier cas il existe souvent du côté des organes génitaux un chancre mou présentant ses caractères ordinaires. L'inoculabilité lèverait les derniers doutes.

Tantôt il s'agit d'ulcérations plus profondes qui intéressent une grande partie ou toute l'épaisseur du derme. Nous retrouvons encore le chancre mou mais avec ses caractères classiques (ulcère peu douloureux, arrondi, à bords taillés à pics et décollés, à fond irrégulier et grisâtre), puis l'ulcère tuberculeux et les ulcérations syphilitiques tertiaires.

Rappelons qu'une forme, la tuberculose verruqueuse, peut être complètement extra-anale (2). A part cette variété rare et les faits exceptionnels de lupus, les ulcérations péri-anales tuberculeuses ont des signes distinctifs suffisamment précis : leurs contours formés par la réunion de petits cercles, leur fond tapissé de bourgeons atones et recouverts çà et là de points jaunes, leurs bords décollés, circonscrits par de la peau pigmentée, la concomitance d'autres manifestations tuberculeuses ne laissent guère place à l'hésitation : tout au plus pourrait-on omettre d'explorer l'ulcération avec le stylet et de laisser ainsi inaperçus l'orifice d'un trajet fistuleux ouvert dans l'ulcération.

Les *gommes péri-anales* en raison de leur excessive rareté ont grande chance d'être méconnues : l'existence d'une induration indolente se ramollissant au centre, ne donnant issue qu'à du sang avant de devenir un ulcère, tels sont les signes qui ont permis à Verneuil de soupçonner la gomme et d'instituer un traitement spécifique qui a été confirmatif.

(1) Chancres herpétiformes de Gosselin. GOSSELIN. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 646.

(2) Voy. p. 107.

Les syphilides ulcéreuses tertiaires de la marge gardent autour de l'anus leur physionomie ordinaire. Leur diagnostic offre peu de difficultés.

2° *Ulcérations du conduit anal.* — L'ulcération du conduit anal n'est parfois que l'extension à l'anus d'une lésion de la marge. Nous trouverons dans ce cas les signes distinctifs précédents réunis à ceux qu'il nous reste à examiner et qui sont spéciaux aux ulcères localisés à l'intérieur de l'anus.

La plupart des ulcérations du conduit anal, quelle qu'en soit la cause, affectent la forme fissuraire ; elles provoquent, dans la généralité des cas, un ensemble de désordres communs auxquels on pourrait donner le nom de syndrome de la fissure anale, ce sont : des douleurs pendant la défécation, de la contracture sphinctérienne, un écoulement de sang plus ou moins abondant suivant les garde-robes, mais spécialement des *crises douloureuses après la défécation.*

Un malade n'accusât-il que ce dernier symptôme, il y a toute probabilité pour qu'il soit porteur d'un ulcère fissuraire. Il faut méthodiquement, en suivant les règles que nous avons données précédemment à propos de la fissure anale, inspecter la région anale et ne conclure qu'après un examen bien minutieux à l'existence d'une simple névralgie anale ou d'une coccydynie. L'ulcère reconnu, et l'hypothèse d'un cancer de l'anus ayant été éliminée par ce seul fait que la perte de substance ne repose pas sur une plaque dure, sur une tumeur, le diagnostic se circonscrit entre la fissure simple (traumatique ou hémorrhoïdaire), le chancre mou fissuraire, la fissure syphilitique, la fissure blennorrhagique et la fissure tuberculeuse.

La fissure s'accompagne-t-elle d'un abondant écoulement avec une muqueuse rouge, tuméfiée et saignante, on doit songer à la blennorrhagie anale et diriger dans ce sens son interrogatoire, au besoin s'aider de l'examen bactériologique du pus.

L'ulcère tuberculeux intra-sphinctérien se distingue de la fistule simple par son étendue et sa profondeur plus grandes, l'irrégularité et surtout le décollement des bords, son fond gris jaunâtre et, la plupart du temps, son extension à la marge.

Le chancre mou fissuraire n'est pas toujours douloureux ; il est ordi-

nairement multiple, *suppure beaucoup* et s'accompagne fréquemment d'une rectite de voisinage.

Le diagnostic du chancre syphilitique intra-anal n'est pas sans offrir quelque difficulté, de même du reste que celui des ulcérations secondaires à forme fissuraire : il est très exact que fréquemment la limite externe de l'ulcération est marquée par une sorte de capuchon cutané ; on observe une pléiade ganglionnaire indolente dans le pli de l'aine et d'autres manifestations de la syphilis. Les douleurs sont généralement moins vives, et ne se prolongeraient pas plus d'une demi-heure après la défécation, selon Goodsall. Cet auteur ajoute encore ce signe qu'il considère comme capital : les douleurs reviendraient en dehors de toute défécation quand le malade est couché. Nos observations nous permettent d'affirmer que ce signe n'est pas, en tout cas, pathognomonique. Ajoutons encore que s'il s'agit d'ulcérations secondaires, la fissure est souvent multiple, siège à droite ou à gauche plutôt qu'en arrière et saigne plus facilement (1). L'élimination rapide de ces diverses variétés nous a conduit au diagnostic d'ulcère simple.

S'agit-il d'un ulcère variqueux intra-sphinctérien, que l'altération se borne à la superficie de la muqueuse ou qu'elle l'intéresse en totalité, que l'ulcération soit fissuraire ou que, plus large, elle s'étende au delà de l'orifice anal, son caractère fondamental est d'être entouré d'hémorrhoïdes et de reposer sur un fond variqueux vasculaire, saignant avec une extrême facilité. L'*hémorrhagie* plus ou moins abondante, mais à *répétition*, est le signe caractéristique de l'ulcère hémorrhoïdal intra-sphinctérien.

3° *Ulcères du rectum proprement dit.* — Les signes de fissure font défaut, les troubles de la sensibilité se réduisent à une sensation de plénitude et de pesanteur à l'anus, à une sorte d'endolorissement des lombes et de la région sacrée ; le malade accuse encore une diarrhée matinale, des écoulements muco-purulents ou sanguinolents, tantôt noirâtres, tantôt rutilants ; il présente des troubles dyspeptiques, maigrit. On songe tout naturellement à un cancer du rectum, et de fait, un toucher superficiel pourrait en imposer, car il n'est pas impossible de

(1) GOODSALL. *Saint-Barthol. hospit. Rep.*, vol. XXVII, 1892, p. 204.

sentir une légère induration autour de certains ulcères, l'observation ci-jointe (1) en est une preuve.

Obs. LXXIV. — Nous avons été appelé au mois d'octobre 1888 auprès de M. G..., âgé de 71 ans et atteint d'une fistule à l'anus.

Ce malade est un hémorroïdaire de vieille date. Nous lui avons déjà, deux ans auparavant, donné des soins pour une rétention d'urine due à une hypertrophie prostatique. Sa fistule, située à 2 centim. de l'orifice, est sous-sphinctérienne et paraît avoir succédé à une hémorroïde enflammée, le trajet suinte extrêmement peu et n'offre aucun décollement appréciable; cependant le malade a des pertes muco-purulentes souvent tachées de sang. Un de nos collègues des hôpitaux, qui l'a examiné il y a quelques mois, a conseillé de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Au bout du doigt, à 10 ou 11 centim. sur la face postérieure du rectum, on atteint une plaque indurée, ne paraissant interesser que la muqueuse très peu sensible, recouverte d'une ulcération.

Nous portons le diagnostic d'épithéliome en plaque de la muqueuse rectale et nous nous expliquons la réserve du chirurgien. Cependant nous opérons M. G... de sa fistule et lui conseillons de faire quotidiennement des lavages boriqués dans le rectum. Des réserves avaient été faites pour l'avenir auprès de la famille. Cependant deux mois après, l'état général s'était très amélioré, la fistule était guérie et l'induration de la plaque ulcerée avait certainement diminué.

Nous avons revu depuis et tout récemment, en 1895, le malade dont la santé est excellente et qui n'a plus que quelques écoulements glaireux, de temps à autre, comme en ont les vieux hémorroïdaires. Un nouvel examen local n'a pas été fait, mais il est évident qu'il ne saurait être question d'un épithélioma et que l'ulcère n'était que variqueux.

Cette erreur est presque toujours évitable, car à moins d'assister aux toutes premières phases d'un épithélioma du rectum, ce dernier ne tarde pas à former une tumeur véritable, dure et en saillie sur le reste de la surface intestinale. A l'aide du toucher rectal et de l'inspection au spéculum, nous pouvons, non seulement découvrir l'existence d'un ulcère sus-sphinctérien, mais encore acquérir des notions exactes sur l'état du rectum, sur l'existence d'un rétrécissement, d'une rectite, etc., causes d'un grand nombre d'ulcérations.

Les commémoratifs, l'analyse des urines, l'examen général du malade compléteront l'examen local et permettront de dire s'il faut ou non ramener le diagnostic à celui d'un ulcère simple. Ce dernier admis, il est clair que la nature variqueuse de la lésion ressortira de la constatation d'hémorrhoïdes au siège même de l'ulcération, l'ulcère variqueux n'étant pas fatalement celui qu'engendrent primitivement les varices, mais encore celui qu'elles entretiennent.

(1) Quénu. *Revue de chirurgie*, 1892, p. 988.

Traitement des ulcères ano-rectaux.

1° Ulcères spécifiques. — La thérapeutique des *ulcères syphilitiques et tuberculeux* a été déjà précédemment exposée. Celle des *chancres mous* de l'anus n'offre ici rien de bien spécial : Les pansements avec l'iodoforme ou bien un mélange de calomel et d'oxyde de zinc sont très recommandables. Il sera bon de faire précéder le premier pansement d'une cautérisation de l'ulcère, soit avec le cautère actuel, soit avec la teinture d'iode, ou même avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Tuttle, après Ricord et Fournier, conseille de ne recourir à la dilatation qu'avec une certaine réserve.

Aux ulcérations superficielles de la *blennorrhagie* pourront s'appliquer les grands lavages au permanganate de potasse, qui ont donné de si brillants résultats dans la blennorrhagie uréthrale. Tuttle a traité l'un de ses malades par des lavages au sublimé à 1 p. 20,000 suivis d'une application de pommade à l'oxyde de zinc et à l'amidon (parties égales). Dans un autre cas, le même auteur a touché les ulcères avec une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100, puis appliqué une pommade à l'oxyde de zinc et au calomel.

Le traitement des ulcérations étendues consécutives à la *dysenterie*, à l'*urémie*, aux différentes *entérites spécifiques*, etc., se confond avec celui de la rectite engendrée par ces diverses causes. Les grands lavages du rectum avec des solutions astringentes, les lavements au bismuth, les attouchements au nitrate d'argent ou tout autre topique trouvent leur indication. Nous avons guéri en quelques semaines d'une rectite ulcéreuse étiologiquement mal déterminée, une jeune femme que la diarrhée et les hémorrhagies intestinales avaient depuis six mois réduite à un degré extrême d'émaciation et de cachexie. Nous avons tout simplement ordonné des lavages boriqués du rectum soigneusement faits deux fois par jour au moyen d'une sonde à double courant.

S'il est des cas qui cèdent à ces pansements et nettoyages répétés du rectum, la plupart, il faut l'avouer, y demeurent réfractaires. L'ulcère détermine des périodes de diarrhée soit par action réflexe, soit en aug-

mentant la virulence du contenu intestinal; cette diarrhée réagit à son tour d'une façon funeste sur l'ulcération qui ne cesse de s'infecter et de suppurer, donnant lieu de temps en temps à des hémorrhagies, parfois très abondantes, toujours graves par leur répétition.

Dans de telles circonstances le chirurgien est alors autorisé à proposer au malade la création d'un anus iliaque dont le but essentiel est de détourner des surfaces malades le cours des matières, et permet accessoirement de laver de haut en bas toute l'étendue du rectum. Cette conduite est admise et conseillée par la plupart des chirurgiens anglais et américains (1). Nous n'hésitons pas à la recommander, l'ayant plusieurs fois personnellement suivie avec succès, dans des cas de rectites syphilitiques, d'ulcères étendus, etc., sans rétrécissement.

Nous ne voulons parler ici, bien entendu, que des cas où les altérations rectales n'offrent aucune limite précise, sinon l'extirpation serait à coup sûr préférable. Malheureusement cette limitation est rare.

2° Ulcères simples. — Nous passerons successivement en revue le traitement de l'ulcère variqueux et celui de la fissure.

Ulcère variqueux. — Lorsque l'ulcère variqueux est intra-sphinctérien, il prend la plupart du temps la physionomie clinique de la fissure, et son traitement est identique. Nous n'envisagerons donc ici que l'ulcère variqueux sus-sphinctérien et l'ulcère variqueux intra-sphinctérien large et non fissuraire.

Dans le traitement de l'*ulcère intra-sphinctérien*, on peut s'adresser en première ligne à différents topiques, aux astringents tels que la glycérine tannique (1 d'acide tannique pour 1 gr. glycérine), l'extrait de ratanhia, l'oxyde rouge de mercure ou le sulfate de fer, recommandés par Cripps, et aux cautérisations avec le nitrate d'argent, etc. Ces applications, jointes à un lavage minutieux de l'anus avec l'acide borique, au repos horizontal (2) et à un régime alimentaire convenable, pourront suffire à amener la cicatrisation de l'ulcère.

(1) En particulier par Kelsey. *Annual of the universal medic. Sc.*, 1893. Follet (de Lille). De la cæcotomie dans la dysenterie chronique. 1er *cong. franç. de chirurgie*, 1885, I, 441.

(2) J. Blair Gibbs (*New-York med. J.*, 1892), *loc. cit.*, insiste beaucoup sur le repos au lit : « Nourrissez, dit-il, votre malade jusqu'à l'engraissement, dilatez ses sphincters à votre aise,

Si ces moyens ne suffisent pas, on peut recourir au curettage ou bien à la cautérisation au fer rouge après dilatation préalable, ou encore à l'incision profonde du sphincter que préconisent les auteurs anglais ; chez un petit nombre de malades, nous avons employé l'excision avec la réunion primitive : il faut, pour réussir, certaines conditions telles que le siège bas et les dimensions peu considérables de l'ulcère.

Pour les ulcères sus-sphinctériens, la cautérisation est le procédé de choix, surtout si l'on a à sa disposition un galvano-cautère. Après avoir, sous le chloroforme, dilaté l'anus et introduit un spéculum bivalve, on dirige sur l'ulcère les petits cautères qui servent à l'amygdale et on ne chauffe qu'arrivé sur la lésion : on peut ainsi, sans crainte d'aucun rayonnement ni d'échappées, limiter son action thérapeutique juste au siège précis de la lésion.

Le malade est ensuite constipé pendant une semaine, et des lavages avec de l'eau boriquée ou naphtolée sont faits dans le rectum : la plaie qui succède à la chute de l'eschare devient granuleuse. L'ulcère a été transformé en une plaie de bonne nature qui aboutit à la cicatrisation.

Obs. LXXV. — *Constipation habituelle. Tendance polysarcique. Hémorrhoïdes. Ulcération rectale de nature bénigne, entraînant des hémorrhagies à répétition. Cautérisation avec l'anse galvanique. Guérison* (1).

Mme B..., 65 ans, a toujours été d'une bonne santé et d'une bonne hygiène. Elle appartient à une famille d'arthritiques. Son père a souffert de migraines et de rhumatisme chronique ; il est mort d'accident. Sa mère, migraineuse, hémorrhoïdaire et polysarcique, est morte à 78 ans, des suites d'une attaque d'apoplexie.

Premières règles à seize ans. Mariée à 25 ans ; deux accouchements normaux. Un fils mort de la variole en 1870, une fille âgée de 36 ans, de constitution forte, hémorrhoïdaire. Les grossesses s'étaient passées très simplement et n'avaient pas entraîné la production de varices des membres inférieurs ni d'hémorrhoïdes apparentes.

Ménopause à 51 ans ; à l'une des dernières époques, métrorrhagie assez grave ayant duré une dizaine de jours, puis quelques petites épistaxis, et dès lors calme complet. La malade a toujours été d'un certain embonpoint. Depuis la ménopause, cet embonpoint s'est accru et touche presque à l'obésité. D'autre part, il s'est développé dans les dernières années une grande disposition à la constipation habituelle, alors qu'antérieurement les selles étaient régulières ou même facilement diarrhéiques à la moindre émotion ou impression de froid.

curettez ou cautérisez ses ulcères à l'aide du spéculum, vous ne réussirez pas tant que vous n'aurez obtenu de votre malade qu'il garde pendant des semaines la position couchée. On ne peut ici modifier la circulation veineuse en appliquant des bas élastiques, il faut donc le repos.

(1) Quénu. *Revue de chirurgie*, 1892, p. 989.

Les premiers symptômes de la maladie actuelle ont paru en juillet 1888. Sans douleur ni sensation pénible d'aucune sorte, la malade s'aperçut du développement, au pourtour de l'orifice anal, de petits bourrelets hémorrhoïdaires.

20 juillet. Dans la soirée, elle éprouve tout d'un coup une brusque envie d'aller à la selle et rend 400 grammes environ de sang presque pur. Les évacuations sanguines se reproduisent jusqu'au 24, deux ou trois fois par jour, beaucoup moins abondantes, mêlées de matières fécales dures. Dès le lendemain de la première perte de sang, douleur profonde recto-anale, brûlure intense précédant et accompagnant la défécation. A partir du 25, persistance de quelques douleurs, cessation des hémorrhagies, aucun écoulement dans l'intervalle des selles, qui sont toujours dures.

La malade se remet vite de cette première indisposition; reprise de l'appétit et des forces, santé redevenue parfaite au 15 août.

Au moment des hémorrhagies, un médecin avait prescrit une potion au perchlorure de fer et la diète aux potages.

Du 20 au 23 août. Retour d'accidents en tout semblables, un peu moins intenses. Troisième atteinte analogue vers le 25 septembre. Et toujours la santé redevient rapidement excellente après ces crises, pas d'amaigrissement, appétit parfait, gaieté, reprise des occupations ordinaires.

Du 26 au 30 octobre. La malade se plaint de phénomènes congestifs du côté du périnée, elle éprouve la sensation d'un corps étranger intra-rectal, avec de fausses envies d'aller à la selle. Le 1er novembre, l'hémorrhagie reparaît; dans la première évacuation 300 grammes environ de sang pur rutilant. Les jours suivants, les accidents continuent, les selles étant beaucoup moins sanguinolentes.

État actuel, le 3 novembre. — Apparence d'une constitution forte. Teint un peu pâle.

Au pourtour de l'orifice anal, cinq à six petits bourrelets hémorrhoïdaires violacés, congestionnés, empiétant sur la muqueuse, et plus saillants dans les efforts d'expulsion. Une de ces saillies, plus volumineuse, située du côté gauche, est percée à son sommet d'un orifice arrondi d'un millimètre de largeur ; pendant les explorations et lorsque la malade fait des efforts d'expulsion, cet orifice, habituellement caché dans le conduit anal, devient apparent, et il s'en échappe tout d'un coup un jet continu de sang rouge noir. Au toucher rectal, on constate un certain degré de constriction sphinctérienne qui rend l'exploration douloureuse. C'est seulement au moment où l'index est conduit le plus profondement possible, qu'on constate la présence, dans la paroi rectale, d'une légère induration siegeant sur la paroi antéro-latérale gauche, à 8 ou 10 centimètres de l'orifice anal. Cette induration est plate, comme nummulaire, superficielle, un peu déprimée à son centre, mobile, à peine douloureuse. A sa périphérie, cette plaque rectale ne forme pas un bord net et résistant, mais s'atténue insensiblement en se continuant avec les parties voisines. En combinant le toucher vaginal et rectal, on prend mieux connaissance de cette induration, et l'on confirme ses caractères de siège, d'étendue et de mobilité.

Les évacuations sanguines sont arrêtées actuellement. Constipation. Urines normales. Appétit. Peu de sommeil. État des forces assez satisfaisant.

Lavements froids au borax, puis suppositoire calmant et astringent. Repos absolu. Régime lacté. Toniques.

Du 5 au 12. Plusieurs alternatives de calme et de retour d'hémorrhagies moins abondantes. Un instant, on place une pince sur la saillie hémorrhoïdaire anale, présumée l'origine du sang ; les évacuations sanguines continuent et démontrent bien que l'hémor-

ragie a sa source dans des parties plus profondes. La malade rend d'ailleurs spontanément à plusieurs reprises une petite quantité de matières dures, ovillées.

Le 14. Après anesthésie chloroformique, M. Quénu applique la valve de Sims. On aperçoit alors la lésion en cause, une induration ulcérée à son centre. L'ulcération est généralement arrondie, mais sans régularité parfaite, large de 1 centimètre et demi environ, légèrement en godet, à surface rouge, lisse et de bon aspect ; les bords se relèvent progressivement pour se continuer avec la muqueuse des parties environnantes ; celle-ci est d'un rouge assez vif, soulevée par un léger épaississement des tissus sous-muqueux, mais d'aspect à peu près normal. Petit caillot adhérent en un point de la surface de l'ulcération, mais pas d'écoulement sanguin actuel. En somme, l'aspect est celui d'une ulcération simple.

Toute la surface ulcérée et les parties environnantes, dans une étendue d'un demi-centimètre, sont cautérisées avec l'anse galvanique. Les bourrelets hémorrhoïdaires de la région anale, surtout celui qui est ouvert à son sommet, sont également soumis à une cautérisation progressive et profonde. Le rectum est garni, jusqu'au delà de la lésion ulcéreuse, de tampons glycérinés iodoformés. Pansement à renouveler une fois par jour. Opium. Continuation du régime lacté.

Le 15. Rétention d'urine. Le cathétérisme ramène d'ailleurs une urine normale. Apyrexie. Malaise. Insomnie.

Le 17. Grande quantité de matières fécales très dures, accumulées dans le rectum, refoulant les tampons, et souillant la région malade. L'élimination spontanée, même aidée par de larges irrigations tièdes, émollientes, est absolument impossible. On doit faire le curage rectal manuel. Pas d'incident. Tampons enduits de vaseline boriquée à 4 pour 30. Apyrexie. Fatigue. Bizarrerie. Tendance à un état subdélirant. La rétention d'urine n'existe plus.

Le 19. Même accumulation dans le rectum d'une quantité énorme de matières dures, et nécessité de l'extraction artificielle. Aucun incident pendant ces manipulations, pas de sang. Même état nerveux. Défaillances. Céphalalgie.

Le 24. Curage rectal quotidien. Pas de sang. État général meilleur. Calme nerveux. Appétit. Le pouls se relève.

Les surfaces cautérisées sont en plein bourgeonnement et de bon aspect.

Le 29. La veille, une évacuation spontanée, sans douleur, mais mélangée d'un peu de sang. D'ailleurs, amélioration générale.

2 décembre. Évacuations spontanées quotidiennes, indolentes, encore accompagnées d'un peu de sang. Urines normales. Appétit. Sommeil.

Le 7. Il s'est produit, le 4, une légère hémorrhagie, d'ailleurs non renouvelée depuis. Les surfaces cautérisées ont bon aspect, bourgeonnent régulièrement et rétrécissent de jour en jour.

Du 8 au 20. La malade fait un séjour à la Maison municipale de santé, dans le service de M. le Dr Horteloup. Pansement de la lésion anale ; purgatifs légers quotidiens. Pas d'exploration locale interne.

Le 21. Grande amélioration. Teint satisfaisant. Les surfaces anales sont presque guéries ; la lésion rectale est couverte de bourgeons rosés et ne présente plus que 4 à 5 millim. de largeur. Son pourtour est régulier et normal.

Le 30. La guérison se confirme. Selles régulières. Pas de douleurs. Aucune sensation anormale du côté du périnée, ni du bassin. La malade se tient levée quelques instants. Cicatrisation complète, à la région anale, presque achevée dans le rectum.

Janvier 1889. La guérison est complète et s'est maintenue depuis sans aucun incident, ni retour des malaises antérieurs. La malade a été revue en avril 1890 : son état restait absolument satisfaisant.

Fissure anale. — Certaines fissures s'accompagnent d'une constriction spasmodique des sphincters tellement intolérable, qu'on est autorisé à ne pas tergiverser et à s'adresser d'emblée à l'un des procédés opératoires que nous aurons à passer en revue. Dans bon nombre de cas, la situation présente moins d'urgence et il est toujours bon d'essayer au préalable un traitement dit médical. Celui-ci consiste d'une part à se rendre maître de la constipation, d'autre part à modifier la plaie anale de manière à lui enlever son caractère d'ulcère et à en obtenir la cicatrisation.

Dans ce but, Trousseau et Bretonneau recommandaient l'usage de lavements à l'extrait de ratanhia (1). Cet astringent est encore usité sous forme de pommade; de nombreux succès ont été ainsi obtenus chez les enfants. On a aussi préconisé le nitrate d'argent, les solutions de chloral, le sous-sulfate de fer, l'extrait de belladone (2). Les suppositoires à la cocaïne appliqués quelques minutes avant la défécation, les lotions boriquées chaudes et répétées trois ou quatre fois dans la journée, l'attouchement tous les deux jours avec un crayon de nitrate d'argent, tel est le traitement local que nous serions portés à conseiller chez les adultes. Nous y joignons l'usage du bromure de potassium à l'intérieur.

Pour peu que l'amélioration tarde à se produire, il faut opter pour le traitement opératoire. Deux méthodes rivales partagent encore les chirurgiens : l'une est plus ancienne, c'est l'*incision ;* elle pourrait s'appeler la méthode de Boyer ; elle est encore en faveur en pays anglo-saxon ; l'autre règne presque exclusivement en France, c'est la méthode de Récamier, la dilatation.

Incision. — Boyer introduisait le long du doigt un bistouri boutonné, puis retournant la lame vers la gerçure il incisait les membranes intes-

(1) 3 à 4 gr. d'extrait pour 150 gr. d'eau.

(2) Boyer recommandait une pommade avec du saindoux, du suc de joubarbe, du suc de morelle et de l'huile d'amandes douces. On injectait dans le rectum, 2 ou 3 fois par jour, 2 ou 3 cuillers de cette pommade préalablement fondue à une douce chaleur.

tinales, les sphincters, le tissu cellulaire et les téguments. Primitivement, il avait pour but, considérant la fissure comme la cause des douleurs, de la convertir en une plaie simple; plus tard il s'est décidé à inciser latéralement sans tenir compte de la fissure, qui a toujours disparu d'elle-même après l'opération 1.

Les Anglais Hilton, Ball, etc. recommandent de se servir du spéculum pour inciser l'ulcère de dedans en dehors. Allingham est partisan de l'incision profonde du sphincter.

Boyer pratiquait, on le voit, l'incision profonde; son opération a, depuis, subi maintes modifications. Dupuytren, Copeland, etc., préconisèrent l'incision superficielle 2; Blandin, Demarquay, J. Guérin, l'incision sous-muqueuse du sphincter; Jobert, l'excision de la muqueuse.

Actuellement, l'incision compte encore parmi ses partisans la plupart des chirurgiens anglais 3.

En France, nous la réservons aux cas où la dilatation a échoué; dans ces conditions spéciales, nous avons, avec succès, pratiqué l'excision de la fissure, suivie d'une réparation immédiate.

La dilatation est, assurément, le procédé de choix: ses suites sont de courte durée, elle ne retient le malade au lit que un ou deux jours: elle est, dans la plupart des cas, suivie d'une guérison complète.

Récamier voyait dans la dilatation, une sorte de massage des muscles contracturés: mais dans le premier cas qu'il traita de la sorte il fit la dilatation non pour guérir la fissure ou la contracture, mais afin d'avoir plus de facilité à exciser des portions de muqueuse décollées et

1 La dilatation a rencontré beaucoup d'adversaires à ses débuts. Il est intéressant à ce point de vue de lire les rapports remis à la Société de chirurgie de 1849.

Monod, Huguier, Malgaigne, etc., se faisaient les défenseurs. Classique: le principal adversaire: Gosselin se montrait peu favorable pour la dilatation. [illegible] Gaz. des hôp., p. 361, 1856, qu'il a généralisé les avantages de deux méthodes: rappelle qu'il a fait d'abord la dilatation, puis depuis quatre ans il a incisé la fissure devenue facile à voir.

A l'étranger, la dilatation était combattue par Curling, Holmes, qui la considéraient comme non chirurgicale.

2 Cependant généralement limiter son incision à l'épaisseur de la muqueuse: Curling, qui adopte la méthode sous-cutanée, dit que l'incision, si peu profonde qu'on la fasse, intéresse toujours quelques fibres du sphincter (Curling, Diseases rect., 1858, p. 217). De même, Dupuytren entama à peine les fibres superficielles du sphincter.

3 Allingham réserve la dilatation aux petites fissures de la marge, recommande le sphincter externe aux fissures des parois, les incisions etc.

à cautériser les fissures avec le crayon de nitrate d'argent. Il avoue lui-même que dans cette observation, qui est la première en date, il ne tint aucun compte de la part que la dilatation des sphincters avait eue à la guérison. Récamier introduisait successivement plusieurs doigts dans le rectum, puis il pressait en cadence le sphincter entre le pouce et les autres doigts.

Maisonneuve pensa que par un moyen plus simple, on pouvait arriver au même résultat, et le procédé qu'il imagina est encore celui qui tous les jours est mis en pratique dans nos hôpitaux (1).

Le malade, la veille de l'opération, a pris un lavement (quand l'intensité des douleurs le permet); l'anesthésie obtenue, on introduit successivement les index graissés ; puis les plaçant dos à dos, on les écarte en sens contraire. Il est quelquefois utile d'opérer dans un autre sens perpendiculaire au premier.

D'autres chirurgiens dilatent avec les pouces au lieu des index ; d'autres ont substitué un spéculum bivalve à la dilatation digitale (Valette, Trélat, etc.) (2).

Nous partageons sur ce dernier point l'opinion de Duplay (3). Les doigts, qu'il n'est pas besoin d'amener au contact des ischions, ont cet avantage sur les instruments, de fournir une sensation de résistance vaincue et d'avertir par conséquent qu'il est temps de s'arrêter.

L'introduction des doigts et leur écartement provoquent chez le malade endormi une sorte de spasme inspiratoire qu'il est bon de surveiller. On peut en diminuer l'intensité en introduisant doucement le doigt dans l'anus, l'y laissant quelques secondes immobile, de manière à en tâter pour ainsi dire la sensibilité réflexe (4), à ne pratiquer la dilatation qu'après avoir obtenu une anesthésie complète, c'est le plus sûr moyen d'éviter les accidents chloroformiques.

(1) MAISONNEUVE. *Gaz. des hôp.*, 1849, p. 220. Ce chirurgien avait renoncé à sa technique primitive, consistant à introduire toute la main dans le rectum et à la retirer le poing fermé.

(2) Un M. WORBE écrit à la *Gaz. des hôp.*, en 1849, p. 256, qu'on pourrait se servir d'un instrument analogue à celui dont les gantiers se servent pour élargir les doigts des gants.

(3) DUPLAY. *Gaz. des hôp.*, 1891, p. 445.

(4) Nous conseillons en outre, chez les sujets nerveux ou énervés par la souffrance, d'administrer une injection sous-cutanée de morphine, un demi-centigr. une demi-heure, et un demi-centigr. dix minutes avant l'anesthésie chloroformique.

Le plus simple pansement est une compresse trempée dans une solution boriquée froide.

Le malade souffre parfois pendant quelques heures, mais les sensations ont changé de caractère : ce ne sont plus des douleurs aiguës de brûlure, mais des sensations tolérables de contusion; on peut, du reste, quelques minutes après son réveil, les calmer par une injection sous-cutanée de morphine. Il est bon de retarder la première selle jusqu'au surlendemain.

La petite plaie guérit très rapidement, même sans pansement; il vaut mieux toutefois la laver tous les jours ainsi que l'anus avec de l'eau boriquée et appliquer une pommade à la vaseline légèrement iodoformée (1).

Lorsque la dilatation ayant été pratiquée, on a sous les yeux l'ulcère fissuraire, on remarque parfois, avons-nous dit, à son extrémité extérieure, une petite production que B. Ball interprète comme une valvule de Morgagni déchirée et entraînée en bas ; il sera bon de compléter son opération en en pratiquant l'excision.

Les insuccès à la suite de la dilatation sont rares; on les observe cependant : c'est alors qu'il faut s'adresser à la section de la fissure et du sphincter sous-jacent. Duplay conseille pour cette incision le thermocautère.

Quels sont les effets locaux de la dilatation? Comment agit-elle ?

Une dilatation modérée n'ajoute à la fissure aucune déchirure importante de la muqueuse, c'est tout au plus si l'on voit les jours suivants se produire une ecchymose plus ou moins étendue. Celle-ci est plus considérable avec les instruments, surtout lorsqu'il s'agit de fissures hémorrhoïdaires.

Immédiatement après la dilatation, les sphincters se relâchent, deviennent flasques ; l'opération ayant déterminé un effort total réflexe d'expulsion, la muqueuse rectale, les bourrelets hémorrhoïdaux quand il en existe, viennent faire hernie à travers l'orifice anal béant. Ce relâchement s'atténue assez rapidement, mais l'atonie persiste plusieurs

(1) On observe parfois de la rétention d'urine, comme après toute opération sur l'anus.

jours, une semaine d'après Ball (1), plutôt moins d'après nos observations personnelles.

Nous avons cru intéressant de déterminer la nature des désordres engendrés par la dilatation. Nos connaissances se bornaient jusqu'ici à une note d'Allingham. Un chirurgien de Paris (2) aurait constaté, sur une jeune fille morte du choléra, quelques heures après la dilatation, qu'aucune fibre des sphincters n'était déchirée. Nous avons cherché à combler cette lacune en expérimentant sur des chiens. Nos expériences (3) ont porté sur sept chiens de tailles diverses. L'animal, étant soumis à l'anesthésie chloroformique, subit la dilatation digitale dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur : immédiatement se produisent la béance de l'anus et l'éversion de la muqueuse. Ces résultats expérimentaux sont en tout comparables à ceux qu'on note dans les opérations pratiquées chez l'homme.

Les altérations constatées se sont réduites à des ecchymoses intra et sous-muqueuses. Chez aucun sujet il n'existait d'infiltrats sanguins dans l'épaisseur du muscle sphinctérien, aucune déchirure musculaire, aucune lacération du raphé fibreux postérieur.

Avant toute dissection, nous avons tenu à nous assurer de l'état de la contractilité musculaire : la propriété contractile est bien conservée, il suffit d'exciter directement la surface du muscle sphinctérien, pour le voir se contracter énergiquement. L'excitabilité du nerf sphinctérien moyen demeure intacte : si, en effet, on serre le filet nerveux entre les mors d'une pince, ou si l'on excite simplement la tranche de section, on voit le muscle se contracter avec énergie. Nous avons, par des coupes faites en différents sens, après inclusion dans la paraffine, pratiqué l'examen histologique des fibres musculaires : nous n'avons relevé aucune altération appréciable. Nulle part on n'observe d'infiltrats sanguins ni de cassures, soit dans la continuité d'un faisceau primitif, soit à son insertion sur le raphé.

(1) BALL. *Loc. cit.*, p. 11.

(2) ALLINGHAM, p. 221, ne donne aucune indication bibliographique.

(3) Faites à l'amphithéâtre d'anatomie, avec l'aide de M. Manson. Voy. *Gaz. médicale*, 16 janvier 1895.

De cette absence de lésions musculaires, de cette conservation des propriétés physiologiques, des muscles et du nerf qui l'anime, nous sommes autorisés à conclure que les phénomènes observés à la suite de la dilatation chez le chien, sont indépendants de toute lésion locale. Or ces phénomènes consistent essentiellement en une sorte de paralysie des sphincters, paralysie d'où résultent la béance de l'anus et l'éversion de la muqueuse. Cette paralysie est d'ailleurs incomplète, la durée en est variable : la béance de l'anus qui correspond à l'atonie complète ne dure guère qu'un quart d'heure. Au bout de ce temps, la muqueuse herniée rentre et l'orifice anal reprend son aspect ordinaire. A ce moment, on ne constate encore aucune reprise de la tonicité; une demi-heure après, le doigt introduit dans l'anus ne sent aucune constriction, mais une excitation péri-anale détermine une légère contraction. Ces observations sont faites, le chien étant parfaitement réveillé, mais encore fixé sur la planche : alors détaché, l'animal a quelques épreintes. Trois quarts d'heure après, l'introduction d'un doigt dans l'anus donne une sensation de constriction, amoindrie mais très nette. Une heure après, il ne serait guère possible, sans violenter l'anus, d'y introduire deux doigts. Deux heures après, même état. Au bout de vingt-quatre heures, l'orifice anal est légèrement tuméfié et présente un peu de suintement muqueux; le doigt pénètre encore facilement, l'introduction est douloureuse. Quarante-huit heures après, le chien se débat quand on pratique le toucher rectal, la constriction sphinctérienne paraît à peu près normale. Au bout de soixante-douze heures, la tonicité sphinctérienne a repris complètement toute son énergie.

Les phénomènes immédiats obtenus par dilatation sont comparables, dans une certaine mesure, à ceux qu'on peut observer du côté de l'anus pendant l'anesthésie chloroformique, chez quelques malades.

Tout dernièrement, nous avions placé une jeune femme, atteinte de métrite, dans la position dorso-sacrée; l'anesthésie n'était pas absolument complète, nous nous préparions à faire les lavages du vagin préliminaires, quand nous nous aperçûmes que l'anus était béant, assez largement ouvert pour admettre le pouce et laisser voir à distance de grandes portions de muqueuse rectale. Cette béance avec atonie com-

plète des sphincters dura plus de deux minutes, et disparut soudainement sous l'influence d'une irrigation vaginale chaude ; l'anus reprit son aspect ordinaire sans aucune disposition infundibulaire, et la tonicité sphinctérienne sa mesure normale.

De ce fait d'observation une seule interprétation est possible : l'anesthésique a momentanément paralysé le centre ano-spinal et mis les sphincters en résolution par l'intermédiaire de la moelle épinière, comme il fait pour les autres muscles.

Puisqu'aucune lésion anatomique appréciable du muscle, aucune altération physiologique de l'appareil neuro-musculaire ne peuvent être invoquées pour expliquer la diminution momentanée de la tonicite sphinctérienne, nous sommes bien obligés de rapporter cette dernière à une cause centrale et de dire : Quand on pratique la dilatation forcée de l'anus, on agit non localement sur l'anus, mais à distance sur la moelle épinière. On paralyse le centre ano-spinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs, à l'aide d'une excitation violente de ces nerfs, on provoque en un mot un phénomène d'inhibition.

Est-il nécessaire de rappeler que, même chez des sujets profondément endormis par le chloroforme, la dilatation anale réveille des réflexes médullaires considérables, qu'il survient presque toujours un spasme inspiratoire, avec bruit laryngé intense, et une sorte de contracture musculaire généralisée, tous phénomènes qui prouvent à quel degre l'acte opératoire actionne l'axe bulbo-médullaire (1). On s'explique aisément qu'à cette excitation violente succèdent des phénomènes de dépression localisés précisément dans la zone où aboutissent les nerfs sensitifs de l'anus ; on conçoit aussi qu'ils la dépassent, et que la vessie soit parfois frappée d'atonie, de même que dans toutes les autres opérations qui portent sur l'anus. On observe, en effet, chez certains opérés, de la rétention d'urine sans spasme du col, et simplement due a

(1) On a même dernièrement songé à utiliser cette sensibilité réflexe de l'anus dans les cas d'accidents par le chloroforme lorsque les moyens ordinaires ont échoué. Le Dr Duke conseille alors la dilatation anale, et cite un fait où cette pratique lui a permis de ranimer un malade en collapsus. DUKE, *The medical Times and hospit. Gaz.*, London, 1893, XXI, p. 201. The value of stretching the sphincter ani in chlorof. collapsus.

la paralysie vésicale : ces paralysies vésicales durent parfois plusieurs jours (1).

Les excitations vives et brusques des nerfs sensitifs de l'anus ne sont pas les seules qui retentissent sur le centre ano-spinal, centre que Masius (2) localise chez le lapin dans la moelle dorsale, entre la sixième et la septième vertèbres ; le pincement du gros orteil arrête les contractions rythmiques qui surviennent chez le chien dont on a coupé la moelle lombaire et dont on a excité l'anus par l'introduction du doigt (expér. de Goltz) (3).

On sait, d'autre part, que les fortes émotions psychiques amènent un relâchement brusque des sphincters. L'action directe d'un anesthésique, le pincement d'un nerf sensitif quelconque, une émotion forte, voilà donc autant de causes diverses qui provoquent un phénomène d'arrêt du côté des nerfs sphinctériens. On s'explique cependant que l'excitation violente des nerfs sensitifs de l'anus ait une action prépondérante et surtout plus durable.

Ces conclusions ne sont applicables qu'aux dilatations pratiquées sur un anus non ulcéré. Lorsqu'il existe une fissure engendrant par voie réflexe une contracture sphinctérienne, les conditions sont un peu différentes. Il n'y a toutefois aucune raison de supposer que l'effet produit par l'opération sur les muscles soit autre que précédemment, mais il s'y ajoute un effet sur l'ulcère fissuraire. En effet, la dilatation, même simplement digitale, modifie la fissure ; elle l'élargit et la déchire. Nous devons par suite examiner cette déchirure et la faire entrer en ligne de compte dans la solution du problème.

Ici, l'expérimentation nous fait défaut.

Dire qu'on a transformé une plaie ulcéreuse en plaie de bonne nature n'est qu'exposer le fait et non l'expliquer, car, si cette plaie est devenue ulcéreuse à la suite d'un craquement de la muqueuse, c'est qu'elle s'est chroniquement infectée ; or, à ce point de vue de l'infection, elle se

(1) Chez une malade observée dernièrement avec le professeur Terrier, l'application d'une pommade sur l'anus détermina une rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Chez une malade de Blondeau (cité p. 311) cette rétention fut causée par le simple passage d'une bougie dans un rectum atteint de rétrécissement.

(2) et (3) Cités par BEAUNIS. *Nour. élém. de physiol. hum.*, 3e éd., 1888, t. II, p. 704.

retrouve exactement dans les mêmes conditions qu'avant la dilatation.

La dilatation aurait-elle déterminé une élongation des nerfs sensitifs, comme le suppose Van Buren (1) en s'appuyant sur la diminution de la sensibilité ?

En premier lieu, il ne faut pas confondre la diminution de la douleur avec la diminution de la sensibilité ou anesthésie. Les dilatés de l'anus n'ont aucunement l'anus insensible : tous souffrent, et quelques-uns d'une façon vive; pendant quelques heures les moindres attouchements sont parfaitement sentis; la première garde-robe, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, est moins douloureuse, il est vrai, mais ce résultat ne démontre en rien qu'il y ait anesthésie de l'anus. Le chien dont l'anus est dilaté, a des épreintes, des envies de pousser; plus d'une heure après l'opération, l'introduction du doigt amène des réflexes du côté de la queue.

D'autre part, que penser d'une élongation des nerfs sensitifs, produite par la dilatation, théorie que défend Van Buren? Comment admettre un instant que les nerfs soient tiraillés et élongés dans un acte qui rapproche les ramifications du tronc nerveux? Ceux qui ont pratiqué des élongations de nerfs savent quelle force il faut déployer, quelle violence est nécessaire pour obtenir un résultat sur un nerf qu'on tient, qu'on fixe et qui n'est pas mobile et fuyant, perdu dans le tissu musculaire. Le rapprochement avec l'élongation du sciatique n'est donc qu'une ingénieuse comparaison, non un argument.

Il est une concession que nous pouvons faire à Van Buren et à Ball, c'est que les jours qui suivent la dilatation, l'hyperesthésie autour de la fissure diminue et disparaît. La disparition de cette hyperesthesie s'explique aussi bien par une diminution de l'excitabilité centrale que par une modification des filets périphériques.

On peut encore émettre cette hypothèse, que la déchirure de la plaie fissuraire libère les filets nerveux sous-jacents à la fissure, filets que nos examens histologiques nous ont montrés entourés de cellules rondes et atteints de périnévrite. Cette hypothèse rendrait bien compte des

(1) V. BUREN. *Transact. of the New-York Academy of Medicine*, v. II, p. 180, cité par BALL.

cas où les douleurs ont survécu à la dilatation, à la suppression de la contracture et à la cicatrisation de la plaie ; elle reçoit une confirmation des faits de guérison après une simple incision superficielle du fond de la fissure.

Quoi qu'il en soit, nous faisons jouer le principal rôle dans la guérison de la fissure à la disparition de la contracture sphinctérienne.

Cette contracture cède à la section profonde du sphincter par la méthode d'Hilton ou à la dilatation.

La dilatation forcée de l'anus agit essentiellement en produisant l'atonie réflexe des sphincters.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION V

CHAPITRE I. — ANATOMIE 1

§ 1. — *Situation et rapports* 1

§ 2. — *Longueur, calibre, conformation extérieure, conformation intérieure, structure du rectum et de l'anus* 18

§ 3. — *Vaisseaux et Nerfs* 28

Artères du rectum et de l'anus 28

Veines du rectum et de l'anus 32

Lymphatiques du rectum et de l'anus 39

Nerfs du rectum et de l'anus 44

CHAPITRE II. — DU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU RECTUM 47

CHAPITRE III. — INFLAMMATIONS SIMPLES ET SPÉCIFIQUES 59

I. — *Rectites non spécifiques* 59

A. — Rectites aiguës 59

B. — Rectites chroniques 61

II. — *Blennorrhagie ano-rectale* 71

III. — *Syphilis ano-rectale* 76

1° Chancres de l'anus et du rectum 76

2° Syphilis secondaire 81

3° Syphilis tertiaire 84

4° Syphilis congénitale de l'anus et du rectum 99

IV. — *Tuberculose ano-rectale* 101

1° Tuberculose anale 100

a) Lupus de l'anus 102

b) Tuberculose verruqueuse de l'anus 104

c) Ulcérations tuberculeuses 108

2° Tuberculose rectale 125

CHAPITRE IV. — ABCÈS PÉRI-ANAUX ET PÉRIRECTAUX 127

I. — *Inflammations diffuses* 134

1° Périproctite septique 134

2° Phlegmon gangreneux diffus 136

Pages

II. — *Inflammations circonscrites (abcès)* 138

1° Abcès superficiels 138

2° Abcès de la fosse ischio-rectale 142

3° Abcès sous-aponévrotiques ou profonds 147

a) Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur 147

b) Abcès rétro-rectaux 149

4° Traitement des abcès 151

CHAPITRE V. — FISTULES ANO-RECTALES 157

I. — *Fistules à l'anus (sous-tégumentaires)* 158

II. — *Fistules pelvi-rectales supérieures* 206

III. — *Fistules recto-génitales* 213

IV. — *Fistules recto-urinaires* 226

a) Fistules vésico-rectales 227

b) Fistules recto-uréthrales 237

V. — *Fistules recto-intestinales* 242

CHAPITRE VI. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM 245

I. — *Rétrécissements périrectaux* 246

II. — *Rétrécissements cicatriciels* 249

III. — *Rétrécissements inflammatoires* 258

CHAPITRE VII. — HÉMORRHOÏDES 335

CHAPITRE VIII. — ULCÉRATIONS DU RECTUM 401

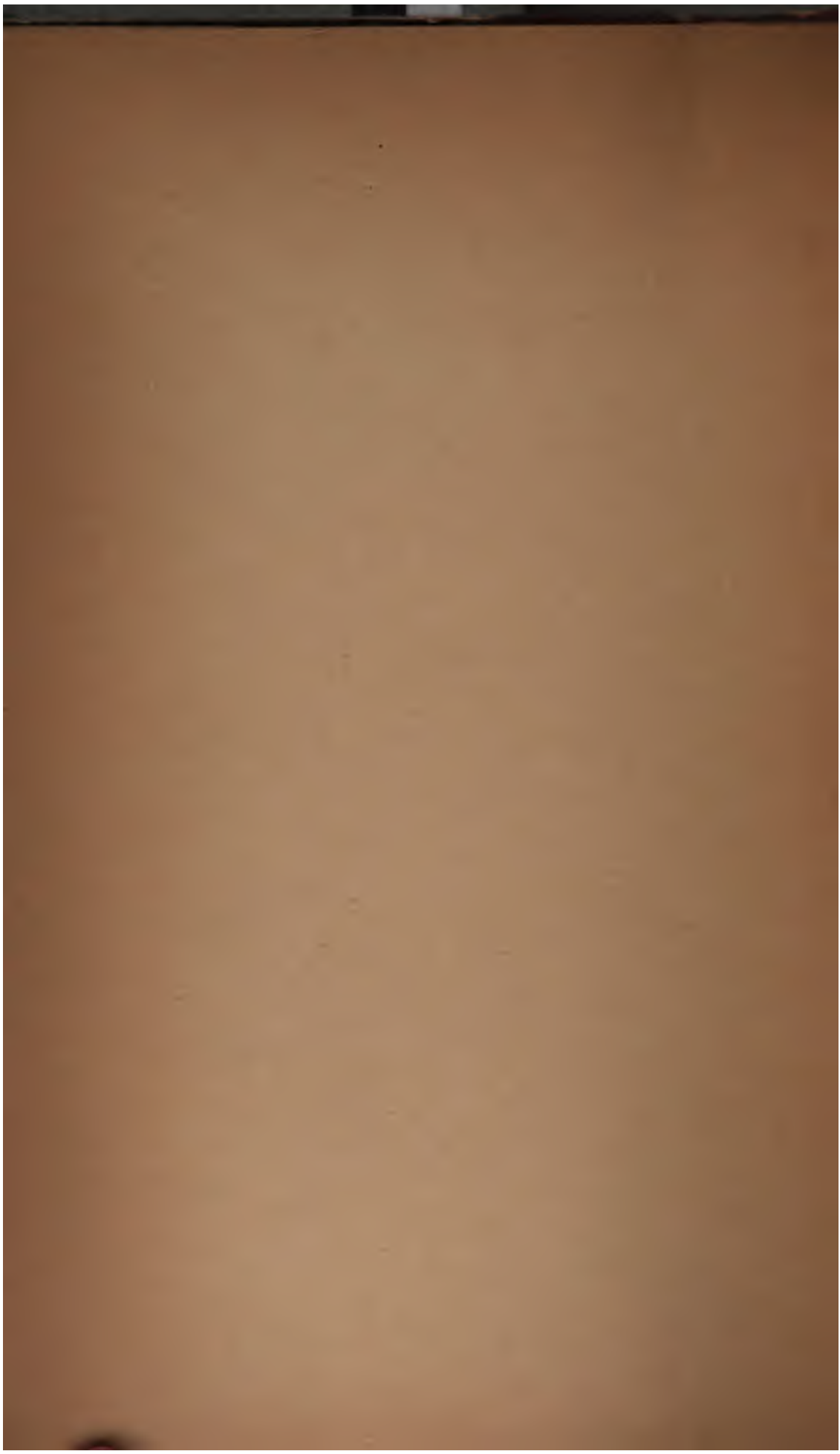
Ulcères spécifiques 403

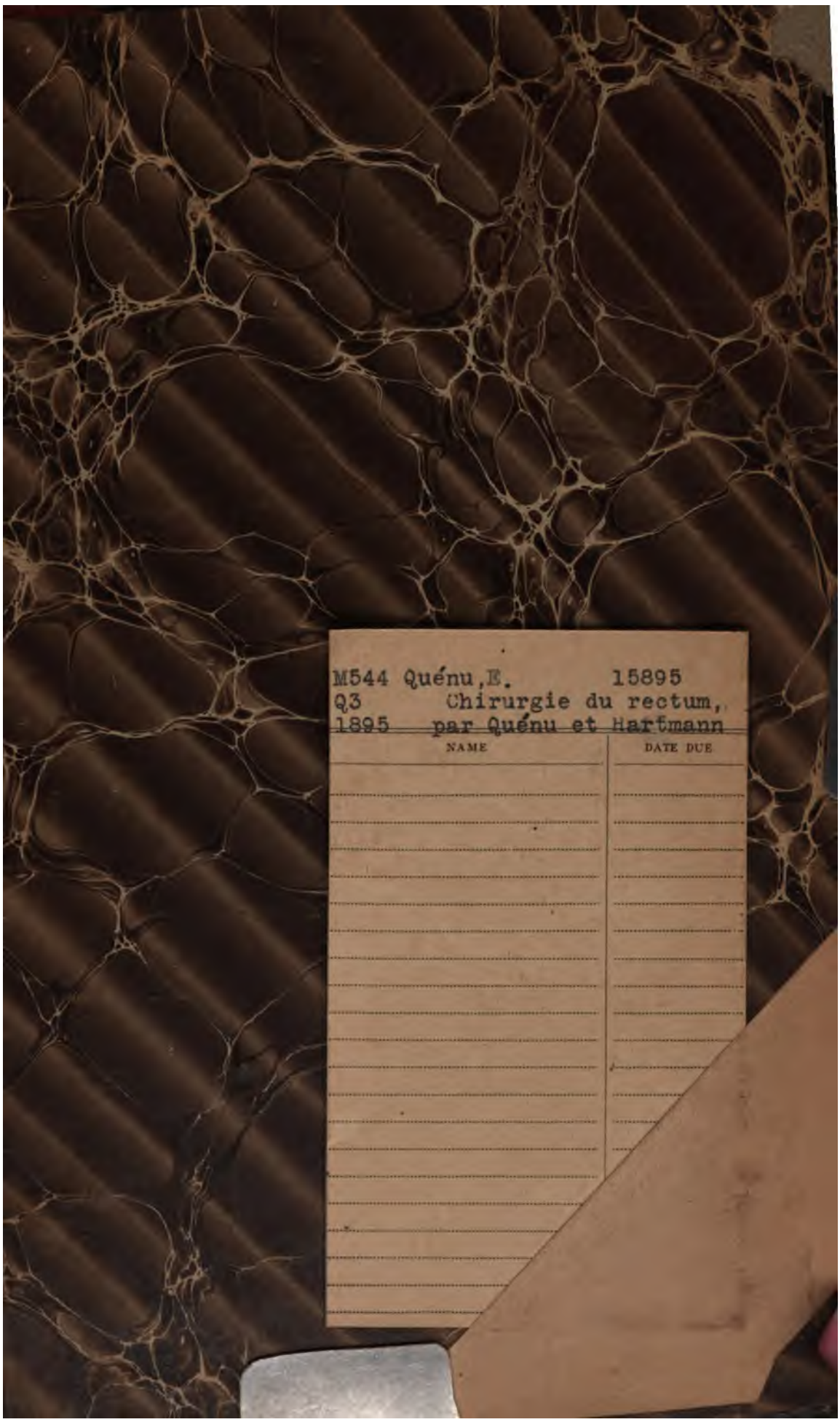
Ulcères simples 410

Diagnostic des ulcérations ano-rectales 430

Traitement des ulcérations ano-rectales 435

IMPRIMERIE LEMALE ET C^ie^, HAVRE




M544 Quénu,E. 15895
Q3 Chirurgie du rectum,
1895 par Quénu et Hartmann
NAME
DATE DUE